ANNÉE — N° 20. — 25 OCTOBRE 1904

LA Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 7 1904

PRIX DE L'ABONNEMENT
ance et Colonies. 10 fr.
ranger..... 12 fr.
s 2 éditions (France et
llemagne)..... 18 fr.
s autres pays..... 20 fr.
Le numéro : 50 centimes
ut livre ou mémoire dont il sera
nvoyé deux exemplaires sera
nalysé.

Publié à PARIS *par les Docteurs*
Jocqs & Darier
43, rue Taitbout. 5, rue Saint Benoît.
ET A
STUTTGART
PAR
LE PROF. KÖNIGSHÖFER et LE PROF. RAEHLMAN

ADMINISTRATION
ET
ABONNEMENTS
9, rue Buffault, PARIS

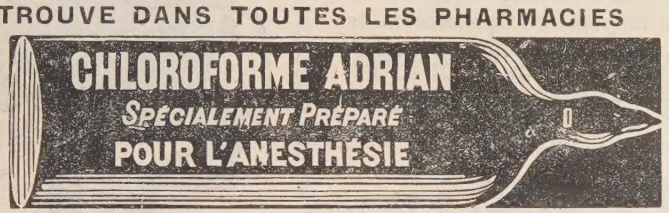
Annonces : 50 centimes la ligne.
Tout auteur d'un article original aura droit à dix *exemplaires du numéro correspondant.*

YCETOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES, etc. Dose : de 4 à 8 mesures par jour dans un verre d'eau. — Pharmacie VICARIO, 17, Boul[t] Haussmann, PARIS.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En
cons
de
et de 60
mmes
rmés
à la
mpe.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE



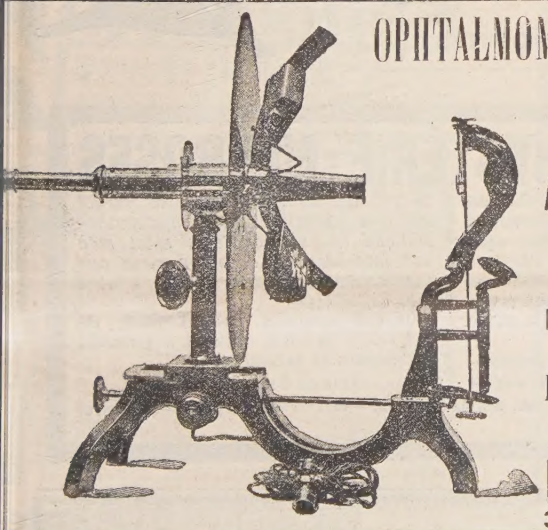
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Dyspepsies. VIN DE CHASSAING, pepsine et diastase. *Alim. des enf.*, PHOSPATINE FALLIÈRES. *Constipat.* POUDRE LAXATIVE DE VICHY.

LES PILULES DE
QUASSINE FREMINT
contiennent chacune 0 gr. 02 de Quassine amorphe pure. 1 ou 2 pilules avant chaque repas relèvent les forces en augmentant l'appétit et l'assimilation; très efficaces contre Anasarque, Anorexie, Atonie de l'intestin (*Diarrhée et Constipation rebelles*), Coliques hépatiques et néphrétiques. — Le Flacon, 3 fr., *dans toutes les Pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

RÉNALINE FRANÇAISE
(Solution Chlorhydrique au 1/1000)
Le plus puissant des hémostatiques connus
Employée dans les Hôpitaux
Vente en Gros : 11, Rue Payenne — PARIS
SOCIÉTÉ FÉDÉRALE DES PHARMACIENS DE FRANCE

OPHTALMOMÈTRE MEYROWITZ
NOUVEAU MODÈLE
Précision garantie
INDISPENSABLE
A MM. LES OCULISTES



PERIMÈTRES
et Ophtalmoscopes
BOITES DE VERRES D'ESSAI
LUNETTES D'ESSAI
INSTRUMENTS pour OCULISTES
Exécution des ordonnances
E. B. MEYROWITZ
3, rue Scribe, PARIS

FRICTIONS HYDRARGYRIQUES
AMPOULES CHAUMEL
Dosées à 4 grammes de
LANOLINE HYDRARGYRIQUE
Couper le haut de la capsule et en faire sortir le contenu par simple pression.
Échantillon gratis
CHAUMEL, Rue Lafayette, 87, Paris

VASOGÈNES
Dissolvants des produits médicamenteux
Absorption rapide, efficacité remarquable.
IODOSOL (Vasogène iodé à 6 %)
VENTE EN GROS : 11, rue Payenne
Société Fédérale des Pharmaciens de France.

IXIR IODOTANNIQUE
us agréable au goût, le plus stable et le mieux
. Le meilleur médicament remplaçant
HUILE DE FOIE DE MORUE
irablement supporté par les Enfants et les
péran ents les plus délicats. Recommandé
re l'Anémie, le Lymphatisme, la Faiblesse congé-
e, la Gourme, etc. PRIX : 3 fr. 50.

MÉDAILLE d'ARGENT
Exposition Universelle ANVERS 1894
NALINE
Pharmacien de 1re Classe
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
SAINT-DENIS (Seine) FRANCE

COLLYRES ASEPTIQUES
Ampoule stérilisées inaltérables
à la Cocaïne, à l'Ésérine, à l'Atropine
indispensables pour l'asepsie des operations oculaires. PRIX DE LA BOÎTE : 2 francs.
PANSEMENTS ASEPTIQUES OCULAIRES
stérilisés par la vapeur à haute pression. — 2 boites suffisent pour une opération. LA BOITE : 2 fr.

PRESCRITS DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX ET CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
DÉPÔT GÉNÉRAL . PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS. — DÉTAIL : *Toutes Pharmacies.*

RICINOSE GAUTHIER
Principe actif du Ricin. — Purgatif et laxatif.
Echantillons gratis.
Pharmacie GAUTHIER, rue Beaubourg

VALÉROBROMINE LEGRAND ◆ NARCYL GRÉMY

ARGYROL ou Vitellinate d'argent

préparé par les Drs **A. C. BARNES** et **H. HILLE**

Ce nouveau sel d'argent a remplacé tous les autres dans les principales Cliniques oculaires d'Amérique et d'Europe.

Propriétés chimiques : L'Argyrol contient 30 % d'argent ; il ne coagule pas l'albumine et ne précipite pas les chlorures ; il n'est donc pas caustique, n'est pas décomposé par les sécrétions — il est soluble en toute proportion dans l'eau.

Dr **John E. Weeks** (de New-York) : « A l'infirmerie des maladies des yeux et d'oreilles de New-York, l'Argyrol à 30 % est employé en instillations toutes les 2 heures dans les cas graves d'ophtalmoblennorrhée. Les instillations sont faites moins souvent dans les cas bénins ou au déclin de l'affection. On n'observe aucune irritation, jusqu'ici tout au moins, ni aucune autre complication. L'ophtalmie des nouveau-nés nécessite rarement un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital quand elle est traitée par l'Argyrol.

Nous avons dans l'Argyrol un agent très puissant si ce n'est le plus puissant dans le traitement des conjonctivites purulentes, et le danger pour la vision est à peine à redouter si l'on applique vigoureusement le traitement avec des solutions fortes d'Argyrol.

L'Argyrol a également une grande valeur dans le traitement des dacryocystites ». (*Med. News*, 10 oct. 1903.)

Dr **C. R. Holmes**, de Cincinnati, vice-président de l'Association médicale américaine :

« J'ai trouvé que l'Argyrol était une acquisition précieuse dans le traitement des affections catarrhales de l'œil, du nez et de la gorge. Pour les maladies de la gorge et du nez, je l'emploie à la dose de 5 à 20 % suivant la gravité et la chronicité des cas. Dans les conjonctivites catarrhales les solutions à 2 et 5 % donnent de très bons résultats. Dans la conjonctivite granuleuse les solutions à 20 %, alternant avec d'autres topiques, sont d'un très bon effet.

Mode d'emploi et doses :

Dans la **conjonctivite purulente**, instillations généreuses de solutions à 25 %, toutes les 3 ou 4 h.

Dans les **conjonctivites catarrhales**, on répètera 3 fois par jour les instillations à 5 — 20 %.

Dans la **Dacryocystite**, injections de solutions de 10 à 25 %.

Les **inflammations post-opératoires** (cataracte, etc.) sont prévenues par des instillations à 20 %.

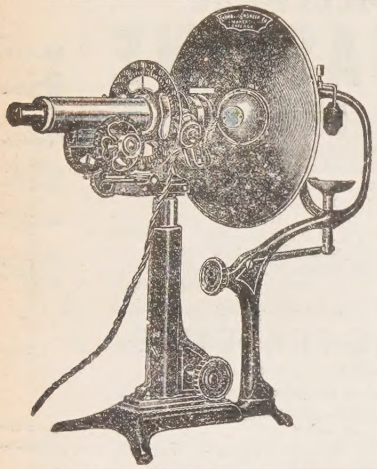
Dans le **trachome**, la solution à 25 % doit être appliquée en frictions sur la conjonctive. L'Argyrol ne colore pas la conjonctive.

Le flacon de 30 gr. : **8 francs.**

DÉPOTS :

Chez **Oswald GIRARD, 45, rue Bonaparte**, et **ROBERTS, 5, rue de la Paix, PARIS**, à la **Pharmacie Centrale de France** et **chez tous les pharmaciens.**

A Londres : chez **TASSET-JONHSON**, 32, Sow-Hnill.



ASTIGMATISME

déterminé et mesuré en 2 minutes avec la plus grande exactitude au moyen de l'Ophtalmomètre

CHAMBERS INSKEEP

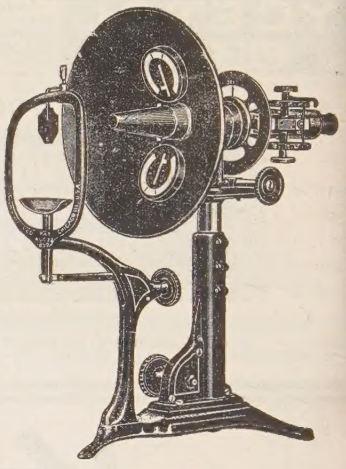
(Représentant pour la France : **C. KOCH**, 6, rue Martel.)

Pour tous renseignements s'adresser à :

J. ARNHOLD, OPTICIEN

PARIS, 13, Rue Auber, 13, PARIS

Grand choix de lunettes et pince-nez Américains



Les VERITABLES EAUX de

VICHY

sont les Sources de l'Etat français

ADMINISTRATION : 8, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

CÉLESTINS. Gravelle, Maladies de la Vessie

GRANDE-GRILLE. Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire.

HOPITAL. Maladies de l'Estomac.

Puisées sous la surveillance d'un Représentant de l'Etat

PASTILLES aux SELS NATURELS

Vendues en boîtes métalliques scellées par la Cie

BOITES : 1 FR., 2 FR. & 5 FR.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Liqueur agréable, de composition bien définie, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus. (*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès*)

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Coliques menstruelles. Fl 5 et 3 f.

C. BROMÉE et C. IODÉE : Neurasthénie, Névroses, Névralgies diathésiques, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.

C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, Tic douloureux de la Face, Sciatique et autres rebelles *à tous traitements antérieurs.* De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 6 f.

C. GRIPPE : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives : De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.

NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO

E. FOURNIER, 21, R. de St-Pétersbourg, Paris (Phien)

PRODUITS ROBERT STÉRILISÉS

BREVETÉS S. G. D. G.

37, rue de Bourgogne, PARIS

COLLYRES ASEPTIQUES

en tubes compte-gouttes scellés de 1 à 5 cc.

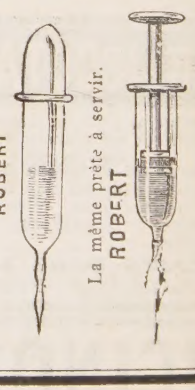
AMPOULES SERINGUES

permettant de faire l'injection sans le secours d'aucun instrument.

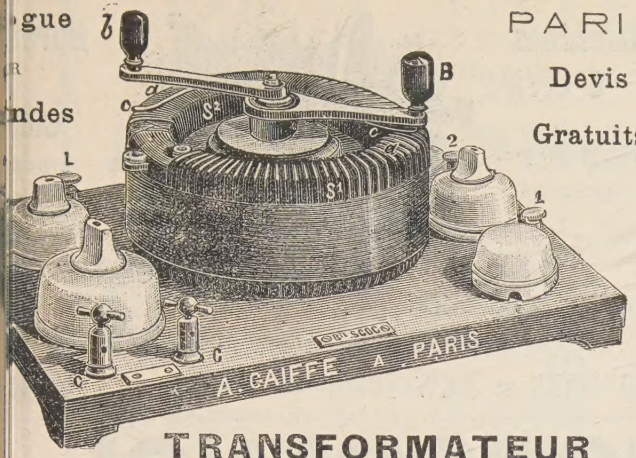
POMMADES OCULAIRES en tubes d'étain

Pansements oculaires, Catgut, Soies, etc.

CHLOROFORME OU CHLORAL



ÉLECTRICITÉ MÉDICALE
CAIFFE, 40, RUE Sᵀ ANDRÉ-DES-ARTS
PARIS
Devis
Gratuits



TRANSFORMATEUR
CAUTÈRE et ÉCLAIRAGE ENDOSCOPIQUE

Optique Médicale
GEOFFROY
Opticien fabricant breveté
Fournisseur des Cliniques et Hôpitaux de Paris
44, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 44, PARIS.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine
PEPTONE CATILLON
en POUDRE, représente 10 fois son poids de viande
Pure, inaltérable, agréable dans un grog ou du lait.
Aliment des Malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Vin de Peptone Catillon
30 gr. viande et 0.40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les ***Forces, Appétit, Digestions.***

PRODUITS SPÉCIAUX D'OCULISTIQUE
de la
PHARMACIE MIALHE

Conjonctivites. — Trachome Granuleux
CUPRICINE MIALHE
CYANURE DE CUIVRE NEUTRE, CHIMIQ. PUR
SOLUTION — CRAYONS — POMMADE

Hémostatique — Vaso-constricteur
SOLUTION
D'ADRÉNALINE MIALHE
TITRÉE AU 1/1000

Névrite optique, Affections spécifiques, etc.
HYDRARGYRINE PETIT
Ampoules de lanoline hydrargyrique pour frictions, dosées à 0,50, 1 gr., 2 gr. et 4 gr.

Pansement oculaire
TAFFETAS PETIT
ANTISEPTIQUE — ADHÉSIF
Indispensable pour isoler l'œil après les opérations.

Échantillons gratuits aux Docteurs
Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI, 8, rue Favart, Paris

Optique Médicale
EXÉCUTION DES ORDONNANCES
de MM. les médecins oculistes
Jumelles pour théâtres, Courses, Marine
Boîtes de verres, Ophtalmoscopes, Campimètres, etc...
ANDRIEUX
OPTICIEN FABRICANT
Fournisseur des cliniques et hôpitaux
PARIS, 16, rue Soufflot.

NÉVRALGIES
MIGRAINES, NEURASTHÉNIE et toutes MALADIES NERVEUSES. *Guérison* certaine par les PILULES ANTINÉVRALGIQUES du Dr CRONIER
PRIX : 3 fr. LA BOÎTE avec Notice. *Franco poste.*
Dépôt : SCHMITT, Phien, 75, Rue La Boëtie, PARIS.
TOUTES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER.

SAVONS MOLLARD ★
MÉDICINAUX
PARIS, 8, Rue des Lombards. USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON *Phéniqué*.....à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
SAVON *Boraté*.....à 10 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
SAVON au *Thymol*.....à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
SAVON à l'*Ichthyol*...à 10 % de Aᵉ MOLLARD 24ᶠ
SAVON *Boriqué*.....à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
SAVON au *Salol*.....à 5 % de Aᵉ MOLLARD 18ᶠ
SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de Aᵉ MOLLARD 18ᶠ ou 24ᶠ
SAVON *Iodé* (KI — 10 %).....de Aᵉ MOLLARD 24ᶠ
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Aᵉ MOLLARD 12 ou 24ᶠ
SAVON au *Goudron* de Norwège de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
SAVON *Glycérine*.....de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ
ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

OLÉO-COLLYRES DOLVIN
à 1 % d'Acaloïdes purs dans l'HUILE stérilisée.
Oléo-atropine, Oléo-ésérine, Oléo-Cocaïne, Oléo-pilocarpine.
DOLVIN

RÉNO-COLLYRES MONTI
à 1 % d'Alcaloïdes dans la solution d'ADRÉNALINE à 1/4000
Réno-atropine, Réno-ésérine, Réno-cocaïne Réno-pilocarpine.
MONTI

Rigoureusement stérilisés, les **OLÉO** et **RÉNO** collyres sont livrés en boîtes de six tubes, d'un modèle déposé, transformables en compte-gouttes capillaires donnant des gouttes exactement dosées.
Ampoules stérilisées pour injections hypodermiques et sous conjonctivales.
Pommades ophtalmiques DOLVIN indolores et aseptiques :
Oxyde jaune — Aristol — Iodoforme
Les produits DOLVIN et MONTI se trouvent : chez M. MINOT, pharmacien préparateur, à Tours, et chez MM. MONNOT-BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, à Paris ; PIOT-LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix, à Paris.

Thigénol Roche
Oléo-Sulfonate de Sodium
contenant 10 % de SOUFRE
Inodore, Insipide, Soluble eau.
Les taches de *Thigénol* sur le linge disparaissent par simple lavage à l'eau.

AFFECTIONS PULMONAIRES
Traitées par le
Thiocol Roche
Dérivé succédané de la CRÉOSOTE
Soluble, Inodore, Insipide
2 à 8 gr. par jour.
(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Airol Roche
Succédané de l'IODOFORME
« *Moins toxique que l'Iodoforme, l'Airol a encore sur ce dernier l'avantage d'être inodore et de n'exercer sur la peau aucune action irritante.* » (Dr LEGUEU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.)
« L'Airol *dessèche les plaies et facilite leur cicatrisation d'une façon remarquable; il est incontestablement préférable à l'Iodoforme sous tous les rapports et surtout parce qu'il n'a pas d'odeur.* » (CRINON, *Nouveaux Remèdes.*)
« L'Airol *a un pouvoir bactéricide égal sinon supérieur à celui de l'Iodoforme.* »
(Prof. FRIEDLANDER.)

CASCARA ALEXANDRE
Elixir laxatif contre la CONSTIPATION
LIQUIDE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
Agréable à prendre
Dg 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cᵉ, 7, *Rue Saint-Claude*, PARIS (IIIe).

PROTHÈSE OCULAIRE

es plus hautes récompenses à toutes les Expositions universelles

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SUR LES

YEUX ARTIFICIELS

Leur adaptation, leur usage et les moyens de se les procurer

Par A.-P. BOISSONNEAU FILS ✻

OCULARISTE

De Facultés et Universités françaises et étrangères, fournisseur des Hôpitaux civils et militaires

28, rue Vignon, PARIS (IXe), de 2 h. à 4 h.

Ancienne rue de la Ferme-des-Mathurins, près la Madeleine

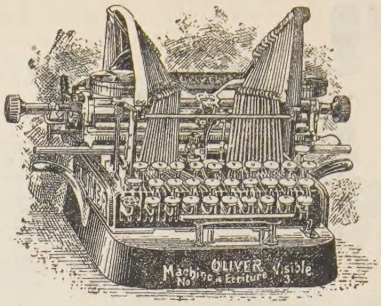
R. COULOMB ✻, Externe des Hôpitaux

SUCCESSEUR

Brochure in-8°, avec 4 gravures sur bois. — Cette brochure est envoyée FRANCO

La Cie "Cosmos

Machines à écrire *de toutes marques* neuves ET d'occasion



Bureau ET Class *amér* EN tous ge

LONDRES et NEW-YORK — PARIS, 18, rue Ro

IODOGÉNOL PÉPI

Gouttes titrées

Forme chimique assimilable de l'Iode poss une **plus grande activité** que toutes les autres c naisons et **toujours** parfaitement **tolérée**.

Doit être prescrit dans tous les cas où le médecin administrer iode ou iodures.

Posologie. { enfants : 5 à 20 gouttes. adultes : 20 à 40 gouttes et plus, par dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE.

PÉPIN et LEBOUCQ, pharmaciens à Falaise (Calva

LABORATOIRE

DE PRODUITS ORGANIQUES

du Dr **Léon JACQUET**, ✻, Ph. de 1re classe

RUE BOILEAU, 269, LYON.

ADRÉNALINE

Solution au 1/1000

En flacon de **3** fr. ou en boîtes de 5 à 10 ampoules.

Collyres Aseptiques indolores

Ampoules compte-gouttes. Prix : **0.50** à **0.60**

1° **Extrait du corps ciliaire** (Formule du Dr Dor), pour Cyclites et Ophtalmies sympathiques.

2° **Suc oculaire** du Dr Darier (corps ciliaire, iris, choroïde et rétine).

3° **Extrait des Glandes** surrénales pour kératites vasculaires, conjonctivites et épiscléries.

4° **Injections sous-conjonctivales**, acoïne, dionine, euphtalmine, homatropine, cocaïne, atropine, ésérine, cyanure de mercure, chlorure de sodium, etc.

Pastilles d'Adrénaline

Prix : 5 francs la boîte

INJECTIONS HYPODERMIQUES STÉRILISÉES

en ampoules de 0,50 centimes

Caféine, morphine, ergotine, cocaïne, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.

Remise importante à MM. les Docteurs

Acoïne

rend **absolument** INDOLORES LES INJECTIONS SO CONJONCTIVALES et SOUS-CUTANÉES. Avec l'**Acoï** on produit une durée de l'Anesthésie considérablement longue qu'avec la Cocaïne et autres anesthésiques.

Pour les doses et le mode d'emploi consulter la *Clinique Ophtalmologiqu* du 25 juin 1899 ou demander la brochure.

Xéroforme

Remplace avantageusement l'iodoforme sans en avoir l'od Il n'est pas toxique et est éminemment siccatif et désodori Il possède une action spécifique dans la guérison des **ULCÈ de la CORNÉE, du CATARRHE PRINTANIER, des EC MAS HUMIDES**, etc., etc.

NOTICES ET RENSEIGNEMENTS : **L. BARBERO**

15, place des Vosges, PARIS. Téléphone 113.70

MAISON FONDÉE EN 1879

INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR L'OPTIQUE ET LES MATHÉMATIQU

Fabrique de **LUNETTES** et de **PINCE-NE**

G. SEGUIN

14, Boulevard St-Michel, 14

entre le Boulevard St-Germain et la Fontaine

PARIS

Exécution soignée des Ordonnances de MM. les Oculistes

PRIX MODÉRÉS

YEUX ARTIFICIELS

MODÈLE NOUVEAU A CHAMBRE ANTÉRIEURE

IRIS A REFLETS CHATOYANTS (MODÈLE DÉPOSÉ)

J.-Bte PADRONA & CIE

OCULARISTES

1, rue Rossini, PARIS 9me

PURGYL PURGATIF IDÉAL

ACTIF, AGRÉABLE - AGIT sans coliques

Pas d'accoutumance par son emploi

Le MEILLEUR ANTISEPTIQUE de l'Intestin

La Boîte : 1f50 - Phie J. KŒHLY, 107, Rue Réaumur, PARIS.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS

MALADIES DE POITRINE

BRONCHITES CHRONIQUES

CATARRHES PULMONAIRES, LARYNGITES

EXTINCTIONS DE VOIX, etc., etc.

Traitement rationnel par le

SIROP Balsamo-Sulfureux LE BRUN

MONOSULFURE DE SODIUM CHIMIQUEMENT PUR

Goudron, Tolu et Alcoolature de Racine d'Aconit

PRIX : 3 fr. DÉPOT : PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubg Montmartre, Paris et Pharmacies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une diurese rapide relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

Effet immédiat, pas de vasoconstriction.

EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boulv St-Martin.

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout iodure alcalin.

GOUT AGRÉABLE — ASSIMILATION PARFAITE

Cinq centigr. d'Iode par cuill. à soupe;

Dix centigr. de Tanin par cuill. à soupe.

INDICATIONS : Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile.

DOSES : Adultes, une cuill. à soupe; Enfants, une cuill. à café aux repas.

315

CLIN & COMAR, 20, Rue Fossés-St-Jacques, Paris.

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur par 5 gouttes.

Se prennent aux repas dans un peu d'eau. S'administrent également par la voie rectale.

Globules Clin : 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur par globule.

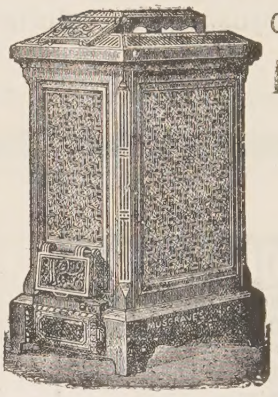
Tubes stérilisés Clin : pour Injections hypodermiques.

5 centigr. de *Cacodylate de Soude pur* par Tube.

DOSE MOYENNE : 0 gr. 10 de Cacodylate de Soude par jour, correspondant en Arsenic à 0 gr. 06 d'Acide arsénieux ou à 6 gr. 15 de Liqueur de Fowler.

CLIN & Cie. - F. COMAR & Fils (MAISONS RÉUNIES), 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS. 678

Médaille d'or — Exposition universelle, Paris 1900



Chauffage hygiénique

le POÊLE MUSGRAVE

véritable Calorifère irlandais

à feu CONTINU

BRULE NUIT ET JOUR

100 Modèles à choisir depuis 100 francs.

Catalogue 1903, contenant des attestations des savants distingués, franco sur demande.

MUSGRAVE et Cie, 240, rue de Rivoli, PARIS

Téléphone : 292-01

Ed. HENRY

Ingénieur-Opticien

BREVETÉ S. G. D. G.

15, rue Dauphine, PARIS.

Lunettes - Pince-Nez - Face à main

YEUX ARTIFICIELS

Exécution des ordonnances de MM. les Docteurs-Oculistes.

22, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Maison Ed. LUTZ. — E. FEINBERG, Succr

Opticien-fabricant, Fournisseur des Hôpitaux

LUNETTES & PINCE-NEZ

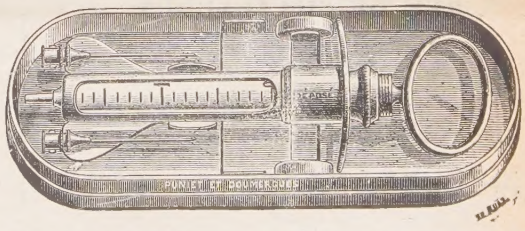
Exécution rapide des Ordonnances de MM. les Docteurs Oculistiques.

INSTRUMENTS DE

CHIRURGIE OCULAIRE

DOUMERGUES

40, rue de Londres, PARIS



SERINGUES STÉRILISABLES

PISTON INALTÉRABLE

Derniers perfectionnements.

Prix net avec boîte en nickel, chevalet et 2 aiguilles en platine

1 gr....	11 fr. 50	5 gr....	16 fr.
2 —	13 »»	20 —	24 »»

ÉTUVES A DÉSINFECTION

ARSENAL COMPLET POUR OPÉRATIONS

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

Ateliers et Magasins : 113, boulevard Saint-Germain,

PARIS

FABRIQUE

d'instruments de Chirurgie oculaire et générale

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE -- PROTHÈSE OCULAIRE

Fournisseur des Hôpitaux et des principales Cliniques

Catalogue général franco sur demande.

Ancienne Maison CRÉTÉS

J. CORNET, Successeur

OPTICIEN-CONSTRUCTEUR

66, RUE DE RENNES (6e arrond.), **PARIS**

Etudes et construction de tous instruments d'optique pour l'ophtalmologie

Ophtalmoscopes des Drs DE WECKER, LANDOLT, PARENT, KALT, TERRIEN, ESSAD, FOLLIN, MORTON, etc.

Périmètres des Drs LANDOLT, BADAL, ASCHER et pliant J. C.

Campimètre du Dr DE WECKER

Echelles optométriques du Dr DE LAPERSONNE

Stéréoscope à vision alternante des Drs SCHRAMECK et POULLAIN

Doubles prismes des Drs DE WECKER, LANDOLT

Boîtes de verres d'essai pour oculiste

Exécution rapide des ordonnances

Verres sphériques, sphérocylindriques, toriques, coniques.

IODURE SOUFFRON (KI)

Chimiquement Pur (Titré) Inaltérable.

SOLUTION (1 gr. par cuillerée) • **SIROP** (1 gr. par cuill.) • **DRAGÉES** (0 gr. 25 l'une)

NI **CORYZA**, NI **GASTRALGIE**, NI **CÉPHALALGIE**

Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.

Fabrique et Vente : Phie SOUFFRON, 58, Rue Miromesnil, PARIS et Phies

OPTIQUE MÉDICALE

Maison KERN

L. LAISSUS, SUCCESSEUR

7, RUE DE CHATEAUDUN

PARIS

LUNETTES, PINCE-NEZ

JUMELLES, FACES A MAIN

Exécution rapide des ordonnances de MM. les Docteurs oculistes.

CONGESTIONS, BILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA par LACHARTRE

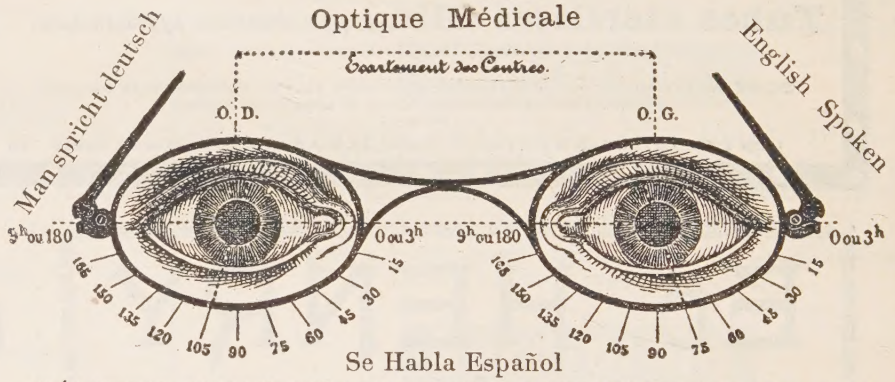
19, R. Mathurins, PARIS

HEMORRAGIES - PHLEBITES - VARICES - HEMORROIDES

MOREAU C., Opticien-Constructeur

PARIS, 16, Rue de Seine, PARIS, 6me.

Optique Médicale



Se Habla Español

EXÉCUTIONS RAPIDES DES ORDONNANCES DE MESSIEURS LES OCULISTES

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phie, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVON DENTIFRICE VIGIER LE MEILLEUR DES ANTISEPTIQUES

NOUVELLE **MÉDICATION IODÉE** intensive

6 cgr. d'Iode combiné au Tannin par cuill. à café

"IODALIA" Granulé iodotannique INALTÉRABLE

TOLÉRANCE TOUJOURS PARFAITE

Toutes les indications de l'Iode

Phie PELOILLE, 2, Faubourg Saint-Denis, PARIS, et toutes Pharmacies.

REVUE MENSUELLE DE BIBLIOGRAPHIE

1. Anatomie, Physiologie, Embryologie, Anomalies congénitales (*Suite.*)

Syndacher. Anomalous direction of retinals vessels on emerging and entering optic disc. Annals of Ophthalmology 1903. Nr. 2, pag. 232.

Tartuferi. F. Ueber das elastische Hornhautgewebe und eine besondere Metaelimprägnationsmethode. Mit Taf. XII—XIV, Fig. 1 bis 18 u. Taf. XV, Fig. 1–4. v. Graefe's Arch. f. Ophth., Bd. 56, Heft 3, S. 419.

Thye. Doppelseitiger kongenitaler Defekt des vorderen Irisblattes in zwei Generationen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Beilageh. 1903.

Tscherning. Il meccanismo dell accomodazione. La clinica oculisiica 1903. Dezembes.

de Vries, W. M. Ueber eine Minbildung des menschlichen Auges (Coloboma iridis, Katarakt, Stränge u. Gefäne im Glaskörper). Mit Taf. XV, Fig. 1—10 und 9 Fig. im Text. v. Graefe's Arch. f. Ophth., Bd. 52, Heft 3. S. 544.

Wachtler. Zur Frage der in den Glaskörper vordringenden Arterienschlingen. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. X, Heft 5, Nov. 1903.

Weill. Ueber Heterophthalmus. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XI, Heft 2, Febr. 1904.

Wernicke. Angeborene Wortblindheit. Zentralbl. f. prakt. Augenheilk., Sept. 1902

Wintersteiner. Membrana pupillaris persistens cum synechia auteriore. Mit Taf. III, Fig. 1 u. 2. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm., Bd. 57, Heft 1, S. 51.

Woronow. Zur Mikrophysiologie der Tränendrüse. Russki Wratsch 1903, Nr. 18, pag. 675.

2. Bakteriologie.

Axenfeld. Bemerkung zu der Arbeit Nab's « Ueber den Diplobacillus liquefaciens (Petit) ». Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, I. Bd., Jan, 1904.

Bietti. Welche Bedeutung kommt den Diphtheriebazillen und verwandten Keimen in der Ætiologie der einfachen Bindehautentzündungen zu. Klin. Monatbl., Beilageheft 1903.

Cahn. Pilzkonkremente (Streptotrichie) in den Tränenröhrchen. Diss. Freiburg i. Br.

Hanke. Ein bisher unbekannter Bazillus, der Erreger des typischen Ringabszesses der Cornea. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. X, H. 5, Nov. 1903.

Johnson. Ein weiterer Beitrag zur leichten Form der Keratomykosis aspergillina. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, II. Bd., Sept. 1903.

Michalski. Ein dem Heubazillus ähnlicher Conjunctivitis-Bazillus (Bac. conjunctivitidis subtiliformis). Russki Wratsch 1903, Nr. 34, pag. 1184.

Nab. Ueber Infektion der Cornea durch den Bacillus Pyocyaneus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., Jan. 1904.

Nab. Ueber den « Diplobacillus liquefaciens (Petit) » und über sein Verhältnis zu dem Morax-Axenfeld'schen Diplobacillus der Blepharo-conjunctivitis. Klinische Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., Jan. 1904.

zur Nedden. Ueber den Müller'schen Trachombazillus und die Influenzabazillenconjonctivitis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., Jan. 1904.

zur Nedden. Ueber Pilzkonkremehte in den Tränenkanälchen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., II. Bd., Okt. 1903.

Schanz. Dr. F. Die Augenentzündung der Neugebornen und der Gonokokkus. Deutsche mediz. Wochenschr., Nr. 45, 1903.

Schottelius. Bakteriologische Untersuchungen über Masernconjunctivitis. Münchener mediz. Wochenschr., Nr. 9, März 1904.

Selenskowsky u. *Woizechowsky*. Experimentelles über die endogene Infektion des Auges. Arch. f. Augenheilk., 47. Bd, 2. u. 3. H., 1903.

de Waele. H. Ueber Impfkeratitis durch Staphylococcus aureus bei Kaninchen. (Aus dem pathol. Institut zu Leipzig.) Mit Taf. VI, Fig. 1—7. Graefe's Arch. f. Ophth., Bd. 56, Heft I, S. 66.

Wessely. Auge und Immunität. Berliner Klinik, Aug 1903, H. 182.

(A suivre.)

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

COTE D'AZUR-RAPIDE

La Compagnie P. L. M. mettra en marche, le 3 *Novembre* prochain, un nouveau train *extra-rapide* de jour, qui effectuera en 13 h. 50 le trajet de Paris à Nice et détiendra, au point de vue de la vitesse, le record des mille kilomètres.

Le départ de Paris, aura lieu tous les jours (sauf le Dimanche à l'aller et le lundi au retour) jusqu'au 2 janvier. Du 2 janvier au 5 mai il aura lieu successivement 6, 4 et 2 fois par semaine jusqu'à la fin de Mai.

OUATAPLASME DU Dr LANGLEBERT
Cataplasme instantané — Pansement émolient et aseptique. — Précieux dans les blépharites, chalazions, furoncles, etc.

ADRÉNALINE CLIN
se trouve dans toutes les pharmacies

Adrénaline pure en cristaux, tubes de 0 gr. 05.....		4 fr
Solution d'Adrénaline (chlorhydrate) au 1/1000e, p. fl.		1.5
id.	g. fl.	5 »
Collyre au 1/5000e.....fl.		4 »
Granules d'Adrénaline dosés à 1/4 de milligr.....fl.		4 »
Tubes stéril. pour inject. hypod., 1/2 mg. par cc. b.		6 »
Suppositoires dosés à 1/4 de milligr.....b.		3.5

CLIN et Cie. — F. COMAR et fils et Cie, Paris.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX, INDICATIONS, MODE D'EMPLOI.

DIONINE **analgésique oculaire profond** provoquant un afflux lymphatique qui active la nutrition de l'œil — accélère la cicatrisation des plaies et la résorption des exsudats. — Collyres à 2 et 5 % dans les **kératites**, le **glaucome**, les **iritis**, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, pages : 1, 135, 137, 179, 352, 1902.)

Le bromure de METHYLATROPINE est un précieux **mydriatique** plus faible que l'atropine. A 1/2 % en combinaison avec la cocaïne ou la tropococaïne, il remplace l'**euphtalmine** pour l'examen ophtalmoscopique, et à 1 % il remplace l'**homatropine** pour l'examen de la réfraction après paralysie de l'accommodation. (Voir la *Clin. Opht.*, page 317, 1902.)

L'IODIPINE est un succédané précieux de l'IK, dans toutes les affections scrofuleuses ou syphilitiques. Sans provoquer aucun phénomène d'iodisme, il s'emploie en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales. (Voir la *Clin. Opht.*, pages 4 et 209, 1902.)

LE JÉQUIRITOL est une solution d'abrine permettant un dosage exact, remplaçant avantageusement le jéquirity pour éclaircir les pannus et les leucomes cornéens granuleux ou scrofuleux ainsi que certaines kératites parenchymateuses. (Voir la *Clin. Opht.*, page 341, 1901 ; page 349, 1902 ; page 1, 1903.)

LA TROPACOCAÏNE est un **anesthésique local** proche parent de la cocaïne, mais non toxique à doses thérapeutiques ; elle ne provoque aucun trouble de la cornée, aucune mydriase, aucune élévation de tension, se conserve très bien dans les solutions aqueuses qui sont antiseptiques. Doses : collyres à 1 % dans la solution physiologique. (Voir la *Clin. Opht.*, page 174, 1899.)

PERHYDROL ou **peroxyde d'hydrogène** chimiquement pur à 30 % en poids d'H_2O_2. Antiseptique puissant en solutions à 1 et 3 % dans les plaies et les ulcères de la cornée, les dacryocystites, les blépharites, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, page 38, 1903.)

Produits spéciaux pour l'Ophtalmologie :

Largine, **pyoctanine**, **atropine**, **cocaïne**, **pilocarpine**, etc., à l'état de pureté la plus absolue. Demander échantillons et littérature aux

« **Spécialités Merck** », 32, rue Saint-Antoine, PARIS.

E. Merck

Fabrique de produits chimiques à Darmstadt (Allemagne).

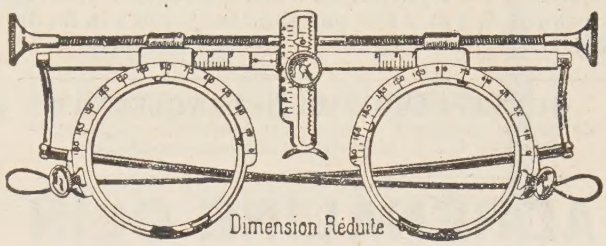
ANÉMIE **LA BOURBOULE** FIÈVRES
MALADIES DE LA PEAU VOIES RESPIRATOIRES

C. MIENNE, opticien-fabricant,

FOURNISSEUR DES CLINIQUES

106, Boulevard Saint-Germain,
en face la Faculté de Médecine, PARIS

Pince-nez correcteurs en tous genres pour l'astigmatisme.



Boîtes de verres complètes pour Messieurs les oculistes

LUNETTES D'ESSAI
PERMETTANT D'OBTENIR INSTANTANÉMENT L'ÉCARTEMENT PUPILLAIRE,
LA HAUTEUR ET LA SAILLIE DU NEZ

LUNETTES PONT-SELLES (modèle du Dr Moissonnier, de Tours), de toutes grandeurs, livrées de suite.

SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE Sur l'Huile de Foie de Morue
EFFICACITÉ CERTAINE
GOUT AGRÉABLE
PAS D'ODEUR

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SIROP ET VIN DE DESPINOY
à l'EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE, simple, ferrugineux et créosoté

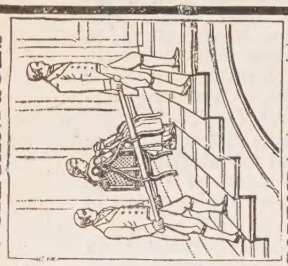
ANÉMIE CHLOROSE LYMPHATISME SCROFULE RACHITISME DÉBILITÉ CONVALESCENCES ENGORGEMENTS GANGLIONAIRES ETC. ETC.

DÉPOT GÉNÉRAL: 3, rue Turgot, PARIS (9e)
ÉCHANTILLONS GRATIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

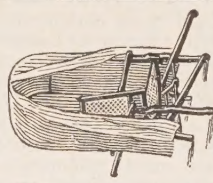
Consacré par l'expérience d'un quart de siècle, adopté par l'élite du corps médical, le délicieux **VIN MARIANI** reste, au milieu de ses nombreux imitateurs, le reconstituant par excellence de l'énergie vitale, stimulant des fonctions respiratoires et digestives le réparateur souverain de la santé.

Pharmacie MARIANI, 41, Bd Haussmann
ET TOUTES PHARMACIES.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES & APPAREILS MÉCANIQUES
Pour Malades et Blessés
DUPONT
FABRICANT BREVETÉ S.G.D.G.
FOURNISSEUR DES HOPITAUX
à PARIS
10, Rue Hautefeuille, 10
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



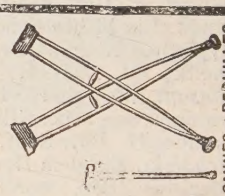
PORTOIR à pivots mobiles. Equilibre toujours maintenu.



PORTOIR articulé. Banne mobile.

DOSSIER garni. Elévation graduelle.

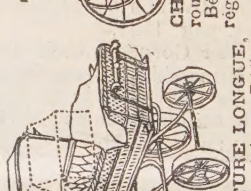
CHARIOT à grandes roues caoutchoutées. Béquilles de hauteur réglable, métal nickelé.



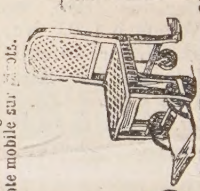
CANNES et BÉQUILLES avec sabots caoutchoutés.

FAUTEUIL ARTICULÉ à grandes roues. Mû par 2 manivelles. Porte-jambes divisé.

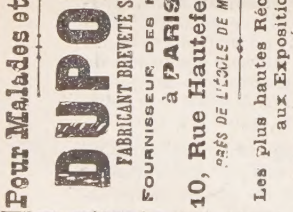
Grandes roues motrices pour le dehors.



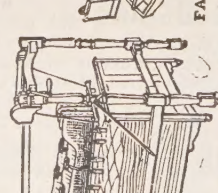
VOITURE LONGUE. Bonnes tôles larges. Tablier. Cercle mobile sur ressorts.



CHAISE à roues et porte-pieds.



FAUTEUIL-VOITURE, roues caoutchoutées, monté sur ressorts, avec capote.

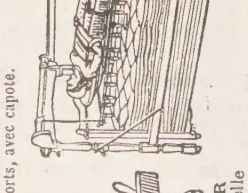


LIT MÉCANIQUE avec gouttière, pour fracture ou coxalgie.

Avec brancards pour porter.
AUTOMOTEUR A TROIS USAGES

VOITURE LONGUE. Brancards à coulisses. Caisse se séparant des train de roues.

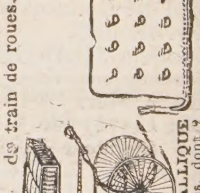
De profil.
De face.
MATELAS A EAU



AUTOMOTEUR Inclinaison graduelle. Bras mobiles. Porte-jambes divisé.

Roues simples pour appartements.

CONFORTABLE Canné Roues simples. Siège garni et garde-robe.



LIT ROULANT MÉTALLIQUE 4 roues caoutchoutées, dont 2 pivotantes. Matelas crin pur et laine, indépendant.

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix contenant 423 figures.
TÉLÉPHONE 127-84

Le Gérant : P. JOCQS.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

SOMMAIRE

I. — **Travaux originaux.**

Dr Abadie : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les chorio-rétinites..... 323
Dr A. Trantas : Sur l'histologie du catarrhe oculaire printanier..... 326

II. — **Sociétés savantes.**

Société d'Ophtalmologie de Paris.

M. Chevallereau : Choroïdite exsudative à forme anormale..... 327
M. Chaillous : Tuberculose des voies lacrymales et de la conjonctive..... 327
M. V. Morax : Sur l'abcès annulaire de la cornée et sa signification..... 327
M. Chaillous : Infection traumatique du globe oculaire par un microbe anaérobie..... 328

III. — **Congrès international d'ophtalmologie.**

Lucerne, 14-17 août 1904.

Dr Gourfein-Welt : Pathogénèse du décollement de la rétine dans la rétinite albuminurique..... 328
Von Hoffmann : Incision cunéiforme d'un lambeau de conjonctive..... 329
M. A. Terson : Traitement opératoire de l'ectropion sénile..... 329
C. Reymond : Appareil simplifié pour la détermination des rapports entre l'intensité de l'éclairage et l'acuité visuelle..... 330
Santucci : Un symptôme caractéristique de l'amblyopie tabagique et alcoolique..... 330
Rollet : Lymphome épiscléral et lymphome bilatéral des glandes lacrymales..... 330
H. Duane : Développement du strabisme. Classification d'après la cause..... 330
E. Emmert : Rapports entre la direction des axes de l'astygmatisme déterminés par l'ophtalmomètre et la direction des axes des verres cylindriques essayés par l'astygmate..... 330
E. Emmert : Causes de la myopie. Traitement de la myopie progressive..... 331

IV. — **Revue de neurologie.**

Wilbrand et Sœnger : Neurologie oculaire. 3e vol., 2e partie. Anatomie et physiologie des voies et centres optiques..... 331

V. — **Bibliographie.**

V. Hanke : Les maladies oculaires professionnelles et les maladies du travail de l'œil..... 332
Velhagen : Papillome de la conjonctive..... 333
E. Herfor : Inflammations oculaires artificielles... 333
E. Weiss : Rétinite pigmentaire et glaucome..... 334
Gelpke : La vision et la faiblesse intellectuelle des enfants..... 334
Lindemneyer : Mouvements palpébraux paradoxaux. 334
W. Reis : Abcès de la lame criblée dans un phlegmon orbitaire..... 335
Addario : Recherches bactériologiques sur la kératite fasciculaire..... 335
Percy Dunn : La cyclite infectieuse (dénommée ophtalmie sympathique)..... 335
S. Snell : Epidémie d'ophtalmie aiguë..... 335
Nettleship : Rétinite rénale du jeune âge et fréquence de la néphrite interstitielle juvénile dans les deux sexes..... 336
Nettleship : Pronostic et valeur diagnostique de la rétinite dans le diabète..... 33
Treacher Collins : Chancre de la conjonctive et kératite interstitielle du même œil..... 336
Herbert Parsons : Innervation de la pupille..... 336
Gruennig : Traitement de diverses formes de ptose par résection partielle du tarse..... 336

PROTARGOL

Combinaison de protéine d'argent

Antiseptique chirurgical

Anti-blennorrhagique

Tue sûrement et rapidement les GONOCOQUES

Ne cause AUCUNE IRRITATION

Résultats remarquables dans les **Affections de la Conjonctive**

ASPIRINE

Nouveau succédané du salicylate de soude

TRAVERSE L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

Exempt de tous effets secondaires désagréables

ACTION CALMANTE REMARQUABLE

Indications : Affections oculaires rhumatismales, goutte, sciatique, pleurésie, etc.

DOSES : 1 gramme trois à quatre fois par jour en cachets, ou dans un peu d'eau sucrée.

SOMATOSE

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Extrait de viande contenant 88 0/0 *D'ALBUMOSES* seule préparation d'albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

Anemie
Convalescence
Débilité, Phtisie
Tuberculose
Affections de l'estomac, etc.

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois
Dissoute dans l'eau, lait, bouillon, etc.

SALOPHENE

Rhumatisme articulaire AIGU. — GRIPPE. — SCIATIQUE. — CHORÉE, etc.

4 à 6 grammes par jour (en cachets)

Toxique à aucune dose.

Antialgique de premier ordre.
Jamais d'effets secondaires.
Supérieur au salicylate de soude.

Action sûre et rapide dans les

Migraines et Névralgies

(1 à 2 grammes)

TOUS CES PRODUITS SONT EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

FRÉD. BAYER et Cie, 23, rue d'Enghien. — Paris. — Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.

NUCLÉNAL BOUTY

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

LOTION LOUIS DEQUÉANT Contre le Sébumbacille, Madarosis, Calvitie, Pelade, Teigne, Séborrhée, Acné, etc.

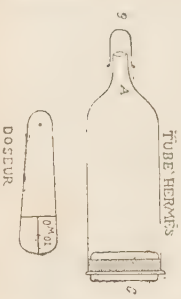
En vente chez les Pharmaciens seulement.

Le **Sebumbacille, microbe** de la **calvitie vulgaire**, a été découvert par **M. Louis DEQUEANT**, pharmacien, 38, rue de Clignancourt, Paris. Mémoires déposés à l'Académie de Médecine, 23 mars 1897, 8 mai 1898.) L'extrait de ces Mémoires est adressé gracieusement à tous les médecins qui lui en font la demande. *Renseignements gratuits et prix de faveur pour tous les membres du corps médical.*

FABRIQUE SPÉCIALE de POMMADES OCULAIRES

ASEPTIQUES EN

TUBES HERMÈS



Nom et modèle déposés

1, Pommades à **l'oxyde jaune de Hg.** Les seules indolores au **1/10, 1/20, 1/50.**
2, Pommades au précipité blanc au 1/50.
3, à l'*Iodoforme pur pulvérisé* au 1/50.

MODE D'EMPLOI : Enlever la coiffe de verre, pousser le bouchon à l'intérieur du tube pour faire sortir la pommade que l'on n'a qu'à recevoir sur le doseur.

Prix : 2 francs

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : **G. DURAND**, ph. *à Châtel-Censoir* (*Yonne*).

« Echantillons gratuits à MM. les Oculistes »

AMPOULES
POUR
L'OPHTALMOLOGIE
PAILLARD-DUCATTE

COLLYRES HUILEUX
Atropine, Cocaïne, Eserine, Iodipine, etc.
COLLYRES AQUEUX et **Ampoules Compte-Gouttes**
Acoïne, Atropine, Cocaïne, Dionine, Eserine Eucaïne, Pilocarpine, Rénaline, Tropacocaïne
AMPOULES ORDINAIRES et **AMPOULES AUTO-INJECTABLES**
à tous Médicaments pour injections hypodermiques

Laboratoire **PAILLARD-DUCATTE**, Phens, **17, Pl. de la Madeleine, Paris.** *Tél. 254-57.*

PILULES DE BLANCARD à l'Iodure de Fe inaltérable.
APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les **Pilules de Blancard** conviennent spécialement dans les affections que détermine la **Cachexie scrofuleuse** (*tumeur engorgements ganglionnaires, humeurs froides*, etc.) contre lesquelles les simples ferrugineux sont impuissants; dans la **Chloros** la **Leucorrhée**, l'**Aménorrhée**. — Suivant le Professeur Bouchardat, l'iodure de fer est doué d'une efficacité véritableme merveilleuse contre les terribles accidents de la **Syphilis constitutionnelle** (*ulcères, exostoses*, etc.)
Ces Pilules rendent aussi de grands services dans le traitement du **Goître**, des **Tumeurs blanches**, du **Rachitisme**, **l'Anémie.** — Enfin elles modifient rapidement les constitutions **lymphatiques, faibles** ou **débilitées.**

SIROP DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.
DOSE : Pilules, 2 à 6 par jour. — ***Sirop,*** 1 à 3 cuillerées par jour. — **BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, PARIS**

Tous les inconvénients de l'

IODURE de POTASSIUM

supprimés par les

CAPSULES du Docteur AILAINE

à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES :

Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré.

Le flacon de 80 capsules dosées à 0,25 Cg. d'IK : 4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT. — Nous prions MM. les Docteurs de bien vouloir prescrire et exiger " **Capsules du Docteur Ailaine** " et aussi de nous demander échantillons, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprecier les avantages RÉELS que nous indiquons.

Concessionnaire :

Léon DIEU, 54, RUE LAFAYETTE, PARIS.

CURATINE — MARQUE DÉPOSÉE — Brunet

SPÉCIFIQUE de l'Elément Douleu
CURATINE

Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapid

Efficacité reconnue dans l'**Iritis**, le **Glaucôme**, **Névralgies** oculaires, rhumatismales ou autres. **Névralgies** diverses, **Rhumatisme** aigu, **Lumbag**
Echantillons sur demande.

DÉPÔT GÉNÉRAL : Pharmacie BRUNET, 34, Rue Saint-Paul, PARIS (4
Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boîte en carton portan en relief la marque ci-dessus, comme garantie.
Chaque cachet contient un gramme de **CURATINE.**
DOSES : Un à cinq cachets par jour.

IODALOSE GALBRUN

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone.
REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vaisseaux Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Obésité

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures.
Cinq gouttes **IODALOSE**, renfermant un Cgr. **Iode physiologique**, agissent comme vingt-cinq Cgr. Iodur
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour **Enfants**; dix à cinquante gouttes pour **Adultes.**
Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie **GALBRUN**, 4, Rue Beaurepaire, **PARIS** ET TOUTES PHARMACIES.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les chorio-rétinites.

Par M. le Dr Ch. Abadie.

Je pense que tous les ophtalmologistes doivent remarquer comme moi que les rétinites, les irido-choroïdites deviennent de plus en plus fréquentes.

Je constate aujourd'hui, après plus de 30 ans de pratique, que sur un même nombre de malades, je vois au moins 4 ou 5 fois plus de chorio-rétinites ou d'irido-choroïdites que jadis. A quoi tient cette fréquence ? A cette question il est difficile de répondre d'une façon satisfaisante.

Ces maladies oculaires sont incontestablement d'origine microbienne ; la syphilis ancestrale ou acquise y joue certainement un rôle prépondérant. Mais il n'est pas douteux néanmoins que dans nombre de cas on ne trouve aucune trace appréciable d'infection syphilitique, transmise ou acquise. L'élément infectieux est-il plus répandu et plus virulent que jadis ? Je ne suis pas tenté de le croire, j'admettrais plus volontiers qu'il s'agit plutôt d'une modification portant sur le terrain devenu moins apte à se défendre contre la germination et la pullulation de l'élément parasitaire.

Depuis vingt ans, les conditions sociales ont bien changé, la vie cérébrale intellectuelle est devenue beaucoup plus intense, au détriment de la vie physique, matérielle, animale.

Dans toutes les carrières, il y a une telle concurrence, la lutte pour l'existence est devenue si âpre, il est si difficile de vivre simplement, sans sacrifier aux exigences de la vie moderne que l'état physique, matériel, de l'individu finit par se ressentir de ces nouvelles conditions d'existence. L'être humain est plus intelligent, plus instruit, mais il est moins robuste, plus éloigné des conditions naturelles de la vie.

De là aussi moins de résistance contre les éléments morbides qui l'envahissent.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications et hypothèses, le fait matériel de l'augmentation des chorio-rétinites et irido-choroïdites infectieuses n'est pas moins indéniable.

Si l'on considère en outre que ces affections se rencontrent surtout pendant l'adolescence, la jeunesse et l'âge mur, qu'incomplètement ou mal soignées elles comportent un pronostic souvent très grave, on reconnaîtra qu'elles méritent de solliciter toute l'attention des praticiens.

Je me propose dans ce travail d'étudier surtout les chorio-rétinites à évolution chronique, cantonnées dans le segment postérieur de l'œil. Assez souvent il est vrai, le processus morbide ne reste pas ainsi localisé, l'iris, le tractus uvéal sont envahis, et la chorio-rétinite se complique d'irido-choroïdite. De même cette dernière affection, localisée d'abord dans le segment antérieur de l'œil, se propage souvent aux parties profondes, de telle sorte que chorio-rétinite et irido-choroïdite sont le résultat d'un même processus évoluant tantôt d'arrière en avant, tantôt d'avant en arrière et finissant par intéresser les membranes internes et les milieux de l'œil dans toute leur étendue.

Pour limiter le but de cette étude clinique, nous nous occuperons surtout des chorio-rétinites intéressant les membranes profondes de l'œil.

Les formes ophtalmoscopiques de ces chorio-rétinites sont des plus variées, et si on voulait les décrire d'après l'aspect du fond de l'œil il y en aurait à l'infini. Mais comme leur nature semble être la même, comme elles sont à peu près toutes justiciables du même traitement, il ne faut pas attribuer une importance exagérée à l'image ophtalmoscopique et vouloir qu'à chaque variation de cette image corresponde une variété clinique.

D'une façon générale, on peut même dire que les troubles fonctionnels sont loin d'être en rapport et de cadrer avec les lésions révélées par l'ophtalmoscope. C'est ainsi que la variété, la première en date, décrite tout d'abord sous le nom de choroïdite disséminée parce que les lésions en sont très apparentes et répandues dans toute l'étendue du fond de l'œil, est quelquefois précisément remarquable par la disproportion qui existe entre les lésions ophtalmoscopiques et les troubles visuels. Il n'est pas rare de voir des malades ayant tout le fond de l'œil parsemé de vastes foyers posséder encore une acuité visuelle de 2/3.

Par contre, les lésions apparentes sont pres-

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

que insignifiantes, ne consistant même qu'en un simple trouble diffus de la rétine, plus ou moins étendu, et l'acuité visuelle est au contraire très réduite.

Cette disproportion entre l'aspect du fond de l'œil et le trouble fonctionnel se comprend très bien, si l'on songe que les lésions les plus apparentes sont surtout choroïdiennes et que le rôle physiologique de la choroïde au point de vue visuel est bien moins important que celui de la rétine.

Si le processus morbide au contraire est plus rétinien que choroïdien et intéresse surtout les cônes et les bâtonnets, éléments sensoriels par excellence, l'amoindrissement de la vision peut être considérable et l'aspect du fond de l'œil à peine changé.

Je le répète, ce sont le plus souvent les chorio-rétinites avec lésions ophtalmoscopiques les moins apparentes qui sont souvent les plus graves.

Déjà au Congrès d'Edimbourg en 1894, j'appelais l'attention sur les altérations du nerf optique qui, d'origine intra-oculaire, choroïdienne, aboutissent à l'atrophie et sont confondues bien souvent avec les atrophies proprement dites d'origine extra-oculaire.

L'erreur de diagnostic est d'autant plus grave que l'atrophie optique d'origine infectieuse choroïdienne peut guérir ou être enrayée par le traitement habituel des chorio-rétinites que nous indiquerons tout à l'heure; tandis que l'atrophie d'origine extra-oculaire est traitée tout autrement et le plus souvent sans succès.

Il importe donc au plus haut point de pouvoir établir un diagnostic différentiel entre ces deux sortes d'atrophies.

Les caractères propres des atrophies optiques choroïdiennes sont les suivants :

La papille, tout en s'altérant, en pâlissant conserve une teinte mate, elle ne prend jamais l'aspect franchement blanc, parfois tendineux de l'atrophie ordinaire.

La perception des couleurs reste nette, même pour le vert, jusqu'à une période très avancée de la maladie.

Presque jusqu'à la fin, le champ visuel conserve des limites normales, ne disparaît pas par encoches, par secteurs plus ou moins étendus.

Enfin nouveau signe qui n'a pas été encore signalé, je crois, et qui m'a paru presque constant, tout autour du disque optique en voie d'atrophie d'origine choroïdienne on aperçoit un liséré plus ou moins large, avec des altérations pigmentaires plus ou moins accusées, rappelant jusqu'à un certain point un staphylome postérieur au début. Mais, à l'encontre du vrai staphylome, les contours en sont peu accusés et il n'est pas localisé au côté externe de la papille.

Dans l'atrophie véritable, au contraire, la papille atrophiée est nettement blanche ; sur tout son pourtour la coloration du fond de l'œil n'a subi aucune modification, de telle sorte qu'elle se détache pour ainsi dire comme un pain à cacheter blanc sur un fond uniformément rouge.

Il est une autre variété de choriorétinite que je dois signaler parce qu'elle a une physionomie spéciale. Dans la chorio-rétinite vulgaire la plus habituelle, les foyers morbides se représentent sous forme de plaques blanchâtres, jaunâtres, de tonalité variable, à bords irrégulièrement arrondis, avec accumulation par place d'amas pigmentaires.

Ces plaques blanc jaunâtres s'enchevêtrent avec d'autres noirâtres formées de vastes amas de pigment et occupent aussi bien les parties centrales que périphériques.

Dans la variété sur laquelle je désire plus spécialement attirer l'attention parce qu'elle est plus souvent méconnue et confondue parfois avec la rétinite pigmentaire, la rétine, dans les régions centrales, maculaires, et tout autour du nerf optique, présente une teinte grisâtre uniforme mais sans foyer, sans taches apparentes. Ce n'est que dans les parties tout à fait équatoriales, la pupille étant dilatée par les mydriatiques et l'exploration des milieux faite aussi obliquement que possible, qu'on aperçoit quelques petits îlots noirâtres irréguliers rappelant ceux de la rétinite pigmentaire. Toutefois ils sont généralement un peu plus volumineux et affectent moins la forme d'ostéoblastes que dans cette dernière affection.

Ce qui augmente encore la similitude et la difficulté du dignostic, c'est l'état du nerf optique. Comme dans la rétinite pigmentaire, celui-ci paraît sale et grisâtre, et n'a plus l'aspect brillant, vivant de l'état physiologique. Les artères sont amincies et deviennent filiformes sur la phériphérie, étouffées qu'elles sont par la prolifération du tissu conjonctif qui les en-

serre. Et de même que dans la rétinite pigmentaire, ces lésions périphériques équatoriales qui aboutissent à l'oblitération de vaisseaux rétiniens de la périphérie vers le centre, se traduisent aussi par un rétrécissement marqué du champ visuel et de l'héméralopie.

Un bon élément de diagnostic différentiel entre cette choriorétinite et la rétinite pigmentaire, c'est que la première est acquise et souvent tardive, tandis que l'autre est congénitale.

L'étiologie de ces diverses chorio-rétinites est parfois fort obscure. Dans nombre de cas il est incontestable qu'elles relèvent d'une syphilis soit acquise, soit héréditaire, mais bien souvent aussi l'interrogatoire le plus attentif ne permet de découvrir aucune cause apparente. Mais, fait digne de remarque et qu'il importe de bien mettre en relief, que la syphilis soit ou non en cause ; elles affectent les mêmes allures cliniques tant dans les symptômes objectifs que subjectifs, elles sont justiciables du même traitement.

Ce point de pratique mérite d'être bien connu, car il arrive à chaque instant qu'on prescrit à ces malades des injections mercurielles et que leur médecin habituel est chargé de ces soins. Or celui-ci, tout étonné de cette médication en l'absence d'antécédents spécifiques, se refuse à l'appliquer et parfois la déconseille.

Les injections mercurielles sont pourtant le traitement de choix des chorio-rétinites, quelle qu'en soit l'origine.

Au début de ce travail, j'ai fait remarquer que la choriorétinite est devenue beaucoup plus fréquente que jadis ; elle me paraît aussi être devenue plus grave, plus rebelle aux anciens traitements, et si nous n'avions pas aujourd'hui à notre disposition la pratique courante des injections mercurielles, le nombre d'aveugles par cette redoutable affection deviendrait considérable.

Je crois avoir été le premier à signaler, il y a déjà 18 ans (1), l'insuffisance du traitement mercuriel par les pilules ou les solutions administrées à l'intérieur ainsi que les frictions. J'ai proclamé à cette époque la supériorité des injections. Panas, après avoir combattu mon opinion et contesté la supériorité des injections sur les frictions, a fini par se ranger à ma manière de faire et a préconisé à son tour systématiquement les injections d'huile biiodurée. Cette réforme a été lente à s'opérer ; néanmoins, d'après ce que je constate autour de moi, elle a fini par rallier tous les suffrages, et je vois qu'au moins en France tous les ophtalmologistes emploient les injections. L'accord complet semble donc se faire sur ce point : supériorité des injections mercurielles sur tous les autres traitements. Quelles injections faut-il pratiquer ? et à quelle dose ?

Nous avons dit que Panas avait recommandé les solutions huileuses, elles n'ont aucun avantage sur les solutions aqueuses, huileuses ou aqueuses cela importe peu, mais ce qui importe beaucoup et je désire appeler fortement l'attention sur ce point essentiel de pratique, c'est que jusqu'ici les doses mercurielles employées, en moyenne, ont été beaucoup trop faibles.

Panas se contentait d'injecter tous les 2 jours un demi-centigramme à un centigramme de bi-iodure. Moi-même je n'injectais habituellement qu'un centigramme tous les 2 jours, ou au maximum un centigramme par jour de sel mercuriel soit dans les veines, soit dans les masses musculaires de la fesse.

Je reconnais aujourd'hui que dans bien des cas ces doses sont insuffisantes et je suis d'avis, si la tolérance du malade le permet, d'atteindre les doses de 0, 02 centigrammes par jour.

Il est bon de savoir en outre que dans certains cas la maladie, quoi qu'on fasse, a une durée pour ainsi dire indéfinie.

Ainsi je puis citer un malade que je soigne depuis quinze ans, un autre depuis douze ans. Tous deux, atteints de choriorétinite, ont d'abord perdu complètement un œil malgré l'usage intense et prolongé des frictions mercurielles. Le second œil s'étant pris à son tour, j'ai pu le préserver. Mais pendant ce long espace de temps, ces malades n'ont jamais pu rester plus de six mois sans se soumettre à des séries de 10, 15 ou 20 injections.

Il est fort possible que les doses d'un centigramme employées jusqu'ici tous les 2 jours aient été insuffisantes et peut-être que dans ces cas essentiellement rebelles et chroniques dont je viens de parler, si on avait fait usage dès le début des doses de 0,02 centigrammes par jour, la maladie eût été moins tenace. Aussi, à l'heure actuelle, quand je fais des in-

(1) Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure en thérapeutique oculaire. *Société française d'ophtal.*, 4e congrès de 1886.

jections intra-musculaires dans la région fessière, je débute par un minimum de 0,02 centigrammes tous les 2 jours, et si l'évolution paraît grave et rapide, j'arrive vite à 0,02 centigrammes par jour. Voici la formule de la solution que j'emploie :

Bi-iodure d'hydrargyre.....	1	gramme.
Iodure de potassium pour dissoudre...	1	»
Solution physiologique de sérum..... (7 0/00 de NaCl).	50	»

L'emploi de la solution physiologique de sérum à la place d'eau distillée rend l'injection moins douloureuse.

Il y a maintenant plus d'un an que j'ai modifié ma pratique en ce qui concerne cette augmentation moyenne et systématique des doses et je m'en trouve fort bien. Je ne saurais trop la conseiller.

J'ai aussi recommandé depuis bien longtemps les injections intra-veineuses et elles me rendent tous les jours les plus grands services. Elles ont l'avantage de n'être nullement douloureuses, de ne donner naissance à aucune nodosité, et, ce qui vaut encore mieux, de réussir souvent là où tous les autres moyens ont échoué, y compris les injections intra-musculaires.

Je n'entrerai pas dans le détail technique des injections, je l'ai déjà publié à plusieurs reprises, je me contenterai de dire que, de même que, pour les injections intra-musculaires j'ai élevé les doses. Avant, je n'injectais qu'un centigramme de cyanure de mercure tous les 2 jours, actuellement j'en injecte un tous les jours, un et demi et parfois deux.

Pendant ce traitement intensif on peut soutenir les forces du malade par les toniques, extrait de quinquina, suc de viande, etc.

L'iodure de potassium prescrit si souvent et de façon si banale m'a toujours paru plus nuisible qu'utile.

II

Sur l'histologie du catarrhe oculaire printanier (1).

(Dégénérescence kystique du bourrelet périkératique.)

Par le Dr A. Trantas.

Vous savez que le catarrhe printanier est une affection proportionnellement beaucoup plus fréquente chez nous qu'ailleurs en Europe, il se localise sur la conjonctive du tarse d'une part, et sur la conjonctive de la région du limbe. Sur le limbe, notamment, on voit un bourrelet lardacé périkératique très caractéristique, qui peut encadrer toute la circonférence de la cornée ou peut être limité à une partie du limbe ; on voit alors des végétations plus ou moins élevées, d'une apparence gélatineuse.

Pour ma part, je vous ai présenté il y a quatre ans et demi, un malade qui, en dehors de ces lésions banales, présentait dans le bourrelet périkératique quelques grains blancs jaunâtres, qui m'avaient particulièrement impressionné, car les livres classiques gardaient à peu près le silence sur ce point. Depuis, j'ai eu l'occasion de voir encore d'autres cas qui présentaient cette particularité intéressante.

La coupe microscopique que je vous présente ce soir provient notamment d'un cas pareil.

Dans une communication plus détaillée, je vous exposerai aussi bien l'historique du malade que la partie technique que nous avons suivie dans l'examen microscopique de cette pièce, fait à notre service il y a quelques mois. Pour le moment, veuillez bien constater sur nos préparations l'hypertrophie notable de la couche épithéliale de cette excroissance, les bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent, par ci, par là, très profondément dans le derme de la muqueuse. En plus, il est à remarquer l'infiltration inflammatoire des couches antérieures du derme, disposées parfois en amas circonscrits.

Si vous comparez ma préparation avec la planche que Birnbacher consacre dans son *Atlas histologique* au catarrhe printanier du limbe, vous trouverez les plus grandes analogies.

Mais ce que la planche que Birnbacher ne contient pas, ce sont les cavités kystiques qu'on voit si développées dans ma préparation dans la couche du derme, de préférence dans les couches antérieures, près de la base de la couche épithéliale. Il y a surtout deux cavités très grosses, qu'on peut voir dans la préparation même à l'œil nu, comme deux petits trous. Ces cavités sont vides ; leur bord est constitué d'un tissu fibreux dense ; on dirait que le tissu environnant s'est serré à cause

(1) Communication à la Soc. imp. de méd. de Constantinople, 4 décembre 1903.

du développement du kyste et s'est transformé en tissu fibreux dense.

D'où proviennent-elles ces cavités kystiques ? Dans la même préparation, on voit plus loin une autre cavité plus petite en évolution, mais qui n'est pas encadrée d'un tissu fibreux, mais d'un grand nombre de cellules épithéliales ; il y a un grand bourgeon épithélial, dont le centre a commencé à subir la dégénérescence kystique. Dans d'autres endroits on peut suivre des traînées épithéliales, qui montent jusqu'à la base de la couche épithéliale avec laquelle elles font corps ; dans ces bourgeons on peut entrevoir un commencement de cette dégénérescence. Les kystes proviennent donc, selon toutes les probabilités, d'une dégénérescence des bourgeons épithéliaux enfoncées dans le derme.

Je crois encore que la constatation anatomique de cette dégénérescence kystique nous explique l'existence de ces grains, qui siègent dans le bourrelet périkératique et sur lesquels j'ai insisté au point de vue clinique. Ces grains, je les considère comme tout à fait pathognomoniques de cette affection ; pour ma part, je ne les ai rencontrés que sur le catarrhe printanier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 11 octobre.

M. Chevallereau. — Choroïdite exsudative à forme normale.

Un homme de 38 ans présente à l'œil droit, sur le méridien horizontal, à 3 millimètres de la papille, une plaque brunâtre ayant 2 millimètres de dimension transversale et un millimètre et demi de dimension verticale, sur laquelle tranchent nettement une douzaine de petites taches d'un blanc un peu orangé. Une autre tache blanche analogue est située en dehors de la plaque pigmentée. Quelques capillaires rétiniens passent au-devant de cette plaque sans subir aucune déviation. Il n'existe aucune autre lésion dans le reste de cet œil droit ni dans l'œil gauche. L'acuité visuelle, normale à gauche, est de 0,5 pour l'œil droit, avec une dioptrie d'hypermétropie.

Il n'y a aucun traumatisme à l'origine de cette lésion. Le malade n'est ni syphilitique ni tuberculeux, et ne présente qu'une bronchite chronique avec emphysème.

M. Chaillous. — Tuberculose des voies lacrymale et de la conjonctive.

M. Chaillous présente une enfant de 10 ans, atteinte de deux ulcérations de la conjonctive de l'œil gauche, avec adénopathie cervicale. Ces ulcérations n'ont pas l'aspect ordinaire des lésions tuberculeuses de la conjonctive. Elles forment un plateau rosé, arrondi, à bords nets, régulier, à peine surélevé au-dessus du plan de la conjonctive ; elles ressemblent au chancre de la conjonctive sans toutefois présenter l'induration de ce dernier. La présence d'un abcès froid dans la région du sac lacrymal du même côté fait penser qu'il y a eu inoculation de la conjonctive par le pus que l'on voit sourdre au niveau du point lacrymal supérieur. Le contenu de cet abcès froid a été inoculé au cobaye. Le résultat n'est pas encore connu.

M. Péchin est d'avis qu'il s'agit bien de tuberculose et que le traitement doit consister dans le curetage ou même l'ablation du sac.

M. Jocqs fait remarquer que dans des cas pareils on ne peut guère agir que par cautérisation chimique ou ignée. Il ne peut pas être question d'ablation d'un sac déjà en partie détruit, comme dans les cas de simple dilatation où l'on peut isoler et enlever le sac comme une poche kystique. D'ailleurs, ces cas résistent longtemps au traitement ; il faut faire plusieurs cautérisations.

M. Morax émet l'opinion que même ces cas de tuberculose du sac, comme ceux de simple dacryocystite, peuvent guérir à la longue par le simple traitement des voies lacrymales. Il craint les réinfections secondaires par les autres traitements chirurgicaux.

M. V. Morax. — Sur l'abcès annulaire de la cornée et sa signification.

On comprend sous le nom d'« abcès annulaire de la cornée » une lésion spéciale caractérisée par une infiltration leucocytaire survenant très rapidement et formant un véritable anneau à la périphérie cornéenne transformée en un tissu opaque, blanc-jaunâtre, alors que les

régions centrales conservent une transparence relative ; en quelques jours, d'ailleurs, la cornée entière est infiltrée de pus et la panophtalmie succède à ces lésions. Cet abcès annulaire est toujours la conséquence d'un processus infectieux développé à la suite de plaies pénétrantes opératoires ou traumatiques,en d'autres termes à la suite d'une infection exogène, beaucoup plus rarement au cours d'une infection métastatique ou endogène de l'œil. Fuchs a relaté très complètement un certain nombre de faits se rapportant à la première catégorie. Par contre, les faits d'abcès annulaire métastatique sont en très petit nombre (Hirschberg, Weiss, Herrenheiser, Axenfeld). Dans le seul cas rapporté par Axenfeld l'examen anatomique a été fait. C'est une observation très complète de cette catégorie d'abcès annulaire que j'ai eu l'occasion d'observer et dont je puis vous montrer des préparations histologiques. Il s'agissait d'une femme de 47 ans qui, au cours d'une endocardite ulcéreuse causée par le pneumocoque, fit de l'infection métastatique dans ses deux yeux. Dans l'œil droit, l'aspect clinique des lésions réalisait l'aspect le plus typique de l'abcès annulaire, alors qu'à gauche on ne constatait que des symptômes d'iritis exsudative légère.

L'examen anatomique de l'œil droit présente l'abcès annulaire de la cornée, montre une infiltration de leucocytes polynucléaires dans tout le segment antérieur et en particulier dans les couches marginales de la cornée. Par contre,la distribution des pneumocoques ne correspond pas absolument à l'infiltration cellulaire. On n'en retrouve pas dans la cornée, alors qu'ils abondent dans l'humeur aqueuse comme dans une culture en bouillon. L'abcès annulaire peut être réalisé par différentes infections (streptocoque, pneumocoque) Hanke a même décrit un bacille qu'il a considéré comme seul capable de réaliser les lésions typiques de l'abcès annulaire. En réalité, ce n'est pas le genre d'infection qui commande cet aspect clinique, mais bien plutôt sa localisation prédominante dans la chambre antérieure.

M. Terrien. — A propos de cette infiltration je crois qu'il est intéressant de faire un rapprochement, au point de vue de ce que M. Morax a fort bien appelé la réaction anatomique, entre cette infiltration leucocytaire de l'abcès annulaire, qui siège exclusivement dans les couches antérieures de la membrane, et l'infiltration de la kératite parenchymateuse, qui, elle, siège presque toujours exclusivement dans les couches postérieures de la cornée.

M. Terson a vu des cas de cette forme de kératite ulcéreuse annulaire à la suite d'infections de plaies cornéennes, sans endo-infection.

M. Chevallereau fait remarquer qu'il s'agit ici non pas d'ulcération annulaire primitive, mais d'infiltration dans l'épaisseur de la cornée.

M. Chaillous. — **Infection traumatique du globe oculaire par un microbe anaérobie** (*bacillus perfringens*).

M. Chaillous présente les préparations histologiques et bactériologiques d'un cas de panophtalmie traumatique observé à l'hôpital Lariboisière. L'examen du vitré recueilli au niveau de la plaie du limbe et après l'énucléation montre la présence à l'état de pureté d'un gros bacille, immobile, prenant le Gram. Les cultures en milieux aérobies furent toutes négatives , les cultures en milieux anaérobies furent toutes positives. Le bacille, cause de l'infection de l'œil blessé, avait les caractères du bacillus perfringens, observé pour la première fois par Frœnkel, étudié depuis par Veillon.

V. — CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Lucerne 14-17 *août* 1904.

(*Suite.*)

Dr Gourfein-Welt (Genève). — **Pathogenèse du décollement de la rétine dans la rétinite albuminurique.**

On admet deux théories pour expliquer le décollement de la rétine : l'exsudation et l'attraction.

L'auteur recherche, dans deux cas de décollement avec rétinite albuminurique, la théorie qui explique le plus favorablement le mécanisme du décollement.

Voici les conclusions de l'auteur, basées sur ses recherches cliniques et anatomiques.

1. L'exsudat homogène situé sous la rétine provient de la rétine, et est constitué par une

accumulation de liquide analogue au liquide de l'œdème des autres organes.

2. L'exsudat grumeleux et réticulé situé en avant et en arrière de la rétine provient de cette membrane elle-même.

3. Le soulèvement de la rétine peut se produire sans traction active, car l'auteur n'a pas pu déceler la présence d'adhérences entre le corps vitré et la rétine.

4. Il ne semble pas s'agir non plus d'un tiraillement passif, car la rétraction du vitré, observée dans les préparations, s'est probablement produite après le décollement, et ne peut donc en être cause.

Von Hoffmann (Baden-Baden). — **Excision cunéiforme d'un lambeau de conjonctive contre le larmoiement.**

L'auteur pratique l'excision cunéiforme d'un lambeau de conjonctive de la paroi interne du canalicule lacrymal inférieur dans les cas de rétrécissement, d'occlusion ou de déplacement du point lacrymal.

Cette petite opération provoque un accolement plus intime du point lacrymal avec la conjonctive bulbaire et facilite ainsi l'écoulement des larmes.

Discussion : Mellinger pratique depuis longtemps et avec grand avantage cette opération, surtout dans les cas chroniques où il y a un peu d'éversion des points lacrymaux.

Von Hoffmann insiste sur ce point que quand il y a éversion, c'est en dedans qu'il faut faire l'excision et en dehors au contraire quand il y a entropion.

M. A. Terson (Paris). — **Traitement opératoire de l'ectropion sénile.**

L'auteur emploie, depuis près de 10 ans, un procédé opératoire consistant en une résection de la partie malade de la conjonctive, combinée à l'ablation d'un triangle cutané à côté de la commissure externe qui reste intacte. La résection de la conjonctive doit se borner au bourrelet malade et n'intéresser ni le tarse, ni le rebord palpébral, ni le cul-de-sac. La suture de la plaie conjonctivale est à éviter. La résection cutanée est d'une étendue variable avec le degré de chaque cas et accentue le redressement, sans diminuer les dimensions de la fente palpébrale et sans changer sa direction, ce qui a lieu au contraire dans d'autres procédés. Sur 34 opérations, 31 succès complets ont été obtenus. Cette opération, simple et souvent réalisable avec l'anesthésie locale seule, a été légèrement modifiée par de Obario pour certains cas où le bourrelet conjonctival est minime, Elle doit être réservée à l'ectropion sénile, où il y a en effet trop de conjonctive et trop de peau et où souvent les procédés classiques sont insuffisants ou exposent à des difformités, D'autres chirurgiens en ont aussi obtenu de bons résultats.

Des clichés et des photographies accompagnent la communication.

Discussion : Landolt estime que l'opération doit varier suivant les cas. Sa méthode à lui consiste, dans les cas d'éversion très marquée, en une excision d'un lambeau prismatique de la paupière et du cartilage.

Angelucci ne croit pas que l'opération de Terson suffise quand le tarse est fortement altéré dans sa forme et que l'orbiculaire a perdu sa contractilité. Il excise alors le tarse parallèlement à son bord en allant jusqu'à l'orbiculaire,

De Gama Pinto : Dans les cas où la paupière inférieure est devenue très flasque et très tombante, il faut exciser à l'angle externe un triangle de peau pour raccourcir et tendre le voile palpébral.

Swanzy vante le procédé de Kuhnt qui est presque toujours à sa place.

M. A. Terson. — Il est entendu que tous les procédés peuvent guérir quelques cas d'ectropion sénile, mais nous devons préférer ceux qui, sans difformités, assurent le plus grand nombre de succès durables. Je puis affirmer qu'à condition de faire porter l'effort à la fois sur la conjonctive et sur la peau, en combinant la résection conjonctivale et la résection cutanée. sans toucher à la commissure, on obtient une proportion considérable de succès.

Cette double action, comparable à l'action combinée de la ténotomie et de l'avancement pour le strabisme, permet d'éviter de toucher au tarse. Les opérations sur le tarse, d'ailleurs très anciennes, exposent en effet à des difformités si on fait porter toute l'opération sur ce point,

C. Reymond (Turin). — **Appareil simplifié pour la détermination des rapports entre l'intensité de l'éclairage et l'acuité visuelle.**

R. se sert dans ce but d'un double prisme de Nicole qui ne laisse passer que la moitié des rayons ; en faisant varier l'inclinaison des prismes il a toutes les intensités lumineuses comparatives de 1 à 1/2.

Santucci (Turin). — **Un symptôme caractéristique de l'amblyopie tabagique et alcoolique.**

Les symptômes connus jusqu'à ce jour ne sont pas pathognomoniques.

L'auteur détermine d'abord l'acuité visuelle, au moyen du tableau de Landolt, et, s'il y a lieu fait la correction optique. Puis le patient regarde avec son œil malade dans l'appareil à prismes de Reymond, décrit ci-dessus, et détermine la plus petite image qui lui est visible.

L'appareil est disposé de manière qu'aucune image double ne soit perçue. On tourne alors très lentement le prisme mobile jusqu'au moment où le patient commence à voir une image double, c'est-à-dire jusqu'à ce que la seconde image prenne une intensité suffisante pour être perçue.

On répète cette détermination 4 fois ;

1° Avec la lumière naturelle d'intensité maxima ; 2° avec la lumière naturelle d'intensité minima ; 3° avec la lumière artificielle d'intensité maxima ; 4° avec la lumière artificielle d'intensité minima.

Tandis que l'œil sain distingue une deuxième image avec une rotation très faible du prisme, $< 180 + 1°$, l'œil malade ne perçoit cette dernière qu'après une rotation de $180° + 10°$ $180° \times 15°$, etc.

Bien plus, lorsque, par une rotation suffisante, on produit 4 images, le patient ne perçoit ces dernières qu'à partir d'un certain degré d'intensité de l'éclairage. Ces constatations sont d'une constance remarquable dans cette forme d'amblyopie.

On peut utiliser cet appareil pour la détermination du diagnostic et de la marche de l'amélioration.

Il sert encore à reconnaître les récidives et à dépister la simulation.

En terminant, l'auteur donne quelques indications sur le traitement : le sérum de Chéron ne lui a donné qu'une seule guérison. Il tâche de réduire progressivement l'absorption du poison jusqu'à l'abstinence complète, et administre le bromure et l'iodure à dose élevée. Tous les deux jours il pratique une injection sous-conjonctivale de strychnine (1 à 2 milligrammes) suivant la méthode de Bajardi — qu'il intercale entre les séries d'iodure et de bromure.

Discussion : Golescéano (Paris) rappelle son travail sur le traitement des amblyopies toxiques par les injections de sérum de Chéron, où, sur 53 cas traités, il a eu un grand nombre de guérisons ou d'améliorations. La toxémie dans les amblyopies se traduit par une diminution des urates et de l'azote et une augmentation des chlorures dans l'urine

Rollet (Lyon). — **Lymphome épiscléral et lymphome bilatéral des glandes lacrymales.**

H. Duane (New-York). — **Développement du strabisme. Classification d'après la cause.**

A) Anomalie de certains muscles,

B) Anomalie de la divergence, et

C) Anomalie de la convergence se transformant en catégorie A.

Strabisme de nature paralytique : B et C donnent le strabisme de nature concomitante. La combinaison de B et C, plus rarement de A et de B et C, donnent le strabisme concomitant,

Discussion : Dufour (Lausanne) fait ressortir l'importance pratique du fait suivant : des cas d'asthénopie musculaire rares, mais faciles à guérir si le diagnostic est bien posé, sont caractérisés par une insuffisance de la divergence qui peut être décelée par l'épreuve de de Graefe.

Dans ces cas, il suffit de prescrire des prismes à base externe de 1° pour amener une guérison rapide.

E. Emmert (Berne). — **Rapports entre la direction des axes de l'astygmatisme déterminés par l'ophtalmomètre et la direction des axes des verres cylindriques essayés par l'astygmate.**

Par des recherches comparatives, l'auteur

démontre que très souvent la direction des axes déterminée par le patient au moyen de verres cylindriques diffère de celle déterminée au moyen de l'ophtalmomètre.

E. Emmert (Berne). — **Causes de la myopie. Traitement de la myopie progressive,**

E. attribue le développement de la myopie en grande partie à une fatigue du muscle ciliaire et en particulier des fibres longitudinales. Par suite de la distension des fibres longitudinales du muscle ciliaire, il se produit une tension de la choroïde et un reculement de la sclérotique.

La fatigue du muscle ciliaire est favorisée par une mauvaise insertion, et l'abaissement de l'énergie musculaire dans la chlorose, l'anémie, etc., et une forte contraction de l'accommodation.

C'est sur ces principes que l'auteur base la prophylaxie et le traitement de la myopie.

Discussion : Lange, cherchant à étudier le rôle que pouvait jouer dans le développement de la myopie la présence de fibres élastiques dans la sclérotique, a trouvé que la sclérotique de 4 jeunes myopes ne contenaient aucune fibre élastique, tandis que 5 yeux emmétropes examinés par le même procédé (orcéine de Weigert et Unna) montraient dans leur sclérotique de nombreuses fibres élastiques.

Il est donc d'avis que la myopie progressive pourrait bien avoir pour cause une absence congénitale de fibres élastiques dans la sclérotique.

(*A suivre.*)

REVUE DE NEUROLOGIE

Wilbrand et Saenger. — **Neurologie oculaire. 3e vol. 2e partie. Anatomie et physiologie des voies et centres optiques.** (Bergmann, éd., Wiesbaden.)

Ce volume considérable est bien le plus intéressant des trois que les auteurs ont déjà publiés : les questions les plus délicates de la physiologie oculaire y sont exposées avec les opinions de tous les auteurs ayant traité le sujet, et, grâce à une bibliographie considérable, l'ouvrage est des plus complets. Il est impossible de donner brièvement une idée exacte de sa valeur et nous ne pouvons que citer quelques points plus particulièrement développés par les auteurs et qu'on trouve difficilement dans d'autres traités.

La partie anatomique, macro et microscopique, nous rappelle les découvertes les plus récentes de Enonde, Apathis, et Bethe sur la structure fibrillaire des nerfs et des cellules nerveuses ; ces nouvelles notions établissent entre les cellules rétiniennes des communications directes, et, au point de vue de la théorie des neurones, elles nécessitent des modifications profondes des idées courantes. Les lésions de méningite des gaines (fibreuse ou suppurée, cicatricielle), les déformations et les lésions du nerf optique par l'artère ophtalmique, celles du chiasma par l'artère carotide, constituent un chapitre très intéressant et peu exposé en France.

Les auteurs ont par des recherches personnelles éclairé largement l'anatomie et la physiologie du chiasma : de superbes planches en noir et en couleur montrent le trajet des faisceaux maculaires, croisé, direct, etc., d'après des autopsies de sujets atteints de scotome central, ou de rétrécissement considérable. L'anatomie des centres du mésencéphale est des plus finement exposée, celle des radiations et des centres optiques corticaux est plus écourtée, et les notions étant surtout d'ordre clinique, il y a lieu d'espérer qu'on les trouvera dans la 2e partie de ce 3e vol.

La physiologie des voies et centres optiques, quand on y comprend la rétine, devient aussitôt une physiologie de la vision en général, et c'est en effet ce que nous trouvons dans la 2e partie du volume. Nous rencontrons, avec les théories anciennes, naturiste et empiriste, des localisations dans l'espace des images rétiniennes, les idées des auteurs sur l'orientation objective (étalement en un plan des objets extérieurs) et l'orientation subjective, par le sens des attitudes et des mouvements oculaires. A propos de l'acuité, nous trouvons l'influence considérable du contraste, celle de l'éclairage absolu sur la sensibilité au contraste, celle de l'adaptation rétinienne.

On connaît les travaux de Wilbrand sur la sensibilité rétinienne centrale et périphérique, sur la variation du champ visuel dans les con-

ditions physiologiques de réfraction, de fatigue, d'éclairage. L'auteur nous fait remarquer que l'examen ordinaire n'indique qu'un champ visuel relatif, les limites absolues étant plus étendues et très difficiles à fixer. Il faut signaler, à propos de la théorie des points rétiniens correspondants, six observations de scotomes petits, bilatéraux, homonymes, d'origine corticale, et qui donnent à cette hypothèse une base anatomique réelle.

Le jugement de la distance s'appuie ; 1° sur des éléments sensitifs donnant une notion directe de la distance (convergence, accommodation, mouvements de la tête et du corps); 2° sur l'expérience que nous avons de la nature particulière des corps, d'où nous tirons la mesure de leur distance.

La vision stéréoscopique est à peine mentionnée et nullement utilisée pour la théorie de la vision du relief ; les images monoculaires sont parfois insuffisantes à donner l'idée d'un corps, mais « la forme vue est pour la conception d'un objet à peu près ce que le mot est pour une idée ».

Au point de vue de la vision des couleurs, nous retrouvons la théorie de Hering, où les modifications chimiques d'assimilation et de désassimilation plus ou moins variées et intenses correspondent aux diverses couleurs ; le phénomène n'étant pas limité de façon brusque, nous comprenons la « sensation induite simultanée », c'est-à-dire le contraste ; ou « successive », c'est-à-dire l'image consécutive.

Les auteurs étudient aussi l'éblouissement et les appareils destinés à l'éviter. Avant d'essayer une explication de la dyschromatopsie congénitale, ils nous montrent la variation de la sensation colorée dans la vision périphérique, sa disparition dans l'éclairage faible, la valeur différente en blanc des diverses couleurs, la sensibilité moindre de la fovea pour le bleu, enfin le phénomène de Purkinge étudié surtout par Parinaud et Kriès (en diminuant l'éclairement, le bleu paraît plus lumineux que le rouge).

Le rôle des corps genouillés externes serait de régler la production de substance visuelle, par un réflexe dont le lieu serait ainsi déterminé, et les cellules amacrines n'auraient qu'à régler l'emploi des substances sur place.

Au sujet du signe de Romberg, le lieu de la lésion qui amène le défaut d'équilibre les yeux fermés, ou plus simplement les pieds étant cachés, semble être dans le pulvinar.

Dans le fonctionnement des centres optiques corticaux, il faut signaler les idées particulières de W. et S. sur le début et la fin de la sensation, tous deux en retard sur l'excitation reçue et variables suivant la partie rétinienne impressionnée, de même sur la bilatéralité des centres corticaux, sur le mélange des champs fasciculaires (projection corticale des fibres de zone rétinienne homonyme) ; sur l'existence de centres corticaux pour la vision des couleurs et sous-corticaux pour la vision du blanc.

Enfin, par les centres de mémoire visuelle (qui s'étend à tout le lobe occipital), nous atteignons la question si compliquée des associations des centres optiques avec ceux du langage ; les auteurs étudient toutes les aphasies motrices et sensorielles à l'aide des travaux connus ; ils préconisent, pour apprendre à lire et écrire, de procéder non par lettres, mais par syllabes ; l'enfant associe l'image auditive à l'image motrice du langage, la méthode serait plus rapide ; puis l'enfant apprend à écrire ce qu'il entend, et le mot écrit est ensuite à lire Le volume se termine par quelques considérations sur la chromophobie et les synopsies le plus généralement associées à l'audition (audition colorée). En somme, cet ouvrage a réuni une quantité considérable de documents et en ajoutant modestement les recherches des auteurs, il met à jour toutes les questions que comporte son titre.

A. Bouchart.

BIBLIOGRAPHIE

V. Hanke. — **Les maladies oculaires professionnelles et les accidents du travail.** (*Sammlung zwangloser Abhand lungen, VI.* 2. Marhold, édit., Griessen 1904.)

Il faut distinguer les maladies et les accidents : les unes de cause chronique, lente et continue, les autres survenant brusquement. Les premières ne sont pas indemnisées par la loi allemande : il faut qu'on puisse prouver le moment du début, et pour ainsi dire un accident peut être l'origine d'une maladie. Ainsi un éclat de pierre produisant une érosion de la cornée constitue un accident.

Tandis que le même abatteur de pierres, qui chroniquement contracte une kératite par corps étrangers, ne subit aucun accident vrai. V. Hanke décrit ensuite les diverses maladies professionnelles de la conjonctive dans les professions à aérage insuffisant (caviste, souffleur de verre, ouvrier de haut-fourneau), à intempéries, (machiniste, maçon), à produit irritant : (ammoniaque, acide sulfurique, vidangeurs, garçons d'étable ; les cultivateurs de tulipes et jacinthe).

Pour la cornée nous retrouvons encore les tailleurs de pierres, les ouvriers en feutre, les maçons, les ouvreurs d'huîtres. D'autre nature sont les kératites des ouvriers en nitronaphtaline dans les usines d'explosifs, en aniline ; enfin les ouvriers travaillant dans des caissons, présentent, en sortant, avec d'autres troubles nerveux, des lésions trophiques de la cornée. La thérapeutique doit évidemment être pathogénique. Le cristallin est atteint chez les souffleurs de verre : la chaleur et les rayons ultraviolets ont été successivement incriminés. La rétine et le nerf optique sont lésés dans la fabrication du caoutchouc par le sulfure de carbone, l'affection simule une névrite rétrobulbaire, le pronostic peut être très grave ; dans la fabrication de la nitrobenzine, ou essence de Mirbane, chez les ouvriers en aniline, ou chez les mineurs qui usent de la nitrobenzine comme explosif ; l'aniline a également causé des intoxications avec lésion rétinienne ; le plomb agit d'une façon aiguë, bilatérale, ou lentement. On trouve une amblyopie avec scotome central, ou rétrécissement périphérique avec centre conservé. Il y a dans ces cas lésion directe des voies optiques, lésion cérébrale secondaire, et lésion vasculaire.

Charcot a de plus décrit un syndrome hystérique qui peut être adjoint à ces intoxications. L'ankylostomasie provoque également de l'amblyopie avec asthénopie de convergence et d'accommodation, rétrécissement du champ visuel autant par hémorrhagies que par toxines. L'extrait de fougère mâle utilisé contre cette affection produit également des troubles visuels.

Les troubles monoculaires s'observent dans l'intoxication par sulfure de carbone (nystagmus et diplopie), dans l'intoxication saturnine par ordre de fréquence : VI[e] paire, III[e], III[e], VI et IV[e] nystagnus ; la nitrobenzine donne de la mydriase ou du myosis. Plus important est le nystagmus des mineurs, latent ou manifeste ; l'attitude du corps et le défaut d'éclairage joints aux lésions organiques (âge, alcoolisme), constituent l'étiologie : l'affection n'est pas incurable mais de très longue durée. Then admet une neuropathie par anomalie du tissu musculaire, et siégeant dans les centres nucléaires de la VI et VII[e] p. Peters donne une cause labyrinthique.

Il reste à signaler le spasme de l'orbiculaire des horlogers — et la plus inattendue des affection professionnelles : le spasme des muscles oculaires chez les soldats à l'exercice, dans les « positions militaires des yeux ».

D[r] A. Bouchart.

Velhagen. — **Papillome de la conjonctive.** (*Zwangloser Abh. v. Augenhk.* V. B. 7.)

Les classiques ne sont pas d'accord sur les divisions des néoplasmes bénins de la conjonctive : Elschnig distingue le fibrome mou, le fibrome dur et le fibrome papillaire ; V. ajoute le fibrome polypiforme ou adénome. Il rapporte l'observation d'un paysan âgé de 46 ans, qui présentait en dehors de la caroncule gauche une petite tumeur, datant de 1 an 1/2, déjà opérée une fois. D'autres petites tumeurs de 2 à 3 mm. se trouvaient sur la conjonctive palpébrale et la c. oculaire inférieures ; excision et thermo-cautérisation. La tumeur principale était constituée par un grand nombre de lobules, sans kératinisation à la surface. L'auteur rapporte longuement les théories et les observations antérieures. Le pronostic doit être réservé, à cause des multiples récidives ; l'extirpation doit également être répétée, de plus en plus large. Ayres et Altland ont même pratiqué l'énucléation pour des papillomes cornéens ayant détruit toute vision.

D[r] A. B.

E. Herford. — **Inflammations oculaires artificielles.** (*Ibidem.* V. B., 8.)

Ces affections sont, pour un grand nombre, simulées dans le but de tirer avantage de l'état pathologique : les enfants tentent d'éviter d'aller en classe, les conscrits veulent échapper à l'armée, les accidentés essayent d'augmenter leur rente ou leur repos ; seuls les névrosés n'ont aucun but apparent. Le plus

souvent on trouve des corps étrangers divers, amenant parfois des larmes colorées ; Talko (Russie) signale les piqûres de la cornée par sangsue. Il faut remarquer que jamais le simulateur n'attaque ses deux yeux à la fois. Les caustiques donnent des infiltrations cornéennes différemment teintées : plus blanches pour l'acide sulfurique, plus jaunes pour l'acide azotique, blanches puis noires pour le nitrate d'argent. Les moyens d'irritation sont parfois cachés sur le malade même : Derblich signale un jeune soldat qui avait sous l'ongle du gros orteil du blanc d'Espagne. D'autre sorte sont les inflammations causées par autrui : tels les vitriolages passionnels ; dans les guerres du moyen âge, les assiégés jetaient de la chaux vive, et les yeux des assiégeants étaient souvent détruits ; les cas d'erreur médicamenteuse sont aussi fréquents ; potasse caustique au lieu de crayon mitigé, solution de formol forte au lieu de cocaïne. Enfin il y a les inflammations dites substitutives destinées à un effet thérapeutique : blennorrhée et jéquirity contre le trachome. L'usage très répandu dans le peuple des lavages des yeux ou du visage avec de l'urine chaude causent encore beaucoup d'ophtalmies. Les insectes, araignées, chenilles, mouches, cantharides ; certains sucs végétaux, des métaux, chauds ou fondus, ont également été utilisés par des simulateurs, ou ont accidentellement causé des inflammations oculaires. Dr A. B.

E. Weiss. — **Rétinite pigmentaire et glaucome.** (*Ibidem*, V. B. 5.)

Quels sont les rapports de ces deux affections, sont-elles de même origine, ou s'excluent-elles l'une l'autre? Les auteurs précédents sont d'avis divers. W. rapporte un cas présentant sur les deux yeux des plaques de rétinite pigmentaire grave, et sur l'un d'eux un glaucome chronique, assez avancé. D'après les 18 observations connues sur ce sujet, 7 fois la rétinite était associée au gl. simple ; 5 fois au gl. chronique ; 1 fois au gl. absolu ; 1 au gl. aigu ; 4 fois à une forme de glaucome non déterminée. La rétinite pigmentaire constitue une prédisposition congénitale aux affections vasculaires de l'œil, menaçantes pour la nutrition de celui-ci. Dans le glaucome existent aussi des altérations vasculaires, mais elles sont acquises : il faut, pour créer le glaucome, des causes adjuvantes. Blessay cite une famille où sur 9 enfants, 2 filles étaient atteintes de glaucome, et 2 fils et une fille présentaient de la rétinite pigmentaire. La conclusion de W. est seulement que les affections ne sont pas incompatibles. Dr A. B.

Gelpke. — **La vision et la faiblesse intellectuelle des enfants.** (*Ibidem* VI. B., 1.)

G. a étudié les écoles populaires de Karlsruhe et l'établissement d'idiots de Mosbach. Il divise les faibles d'esprit en : mal doués, faibles d'esprit, et idiots. Les faibles d'esprit ont presque toujours en même temps des défectuosités physiques ; les garçons sont pourtant mieux conformés que les filles ; les troubles de la parole sont fréquents : 1, 8 ; 8, 5 ; et 58 5 % dans les 3 groupes ; les paralysies des membres également : 2, 1 ; 14, 5 : 17 %. La vision est intacte chez 27, 5 % seulement ; soit 83 %, du 1er groupe ; 56 % du 2e ; et 43 % du 3e ; remarquez les troubles visuels en pourcentage inverse de la faiblesse intellectuelle. Le nombre des hyperopes est considérable : 31, 8 % : on peut admettre un développement insuffisant de l'œil ; la myopie diminue également quand la faiblesse cérébrale augmente. Le strabisme est parmi les lésions les plus fréquentes ; l'inégalité pupillaire est plus fréquente dans le 1er groupe. En somme, les formes graves présentent surtout des anomalies congénitales, souvent des opacités cornéennes. La pathogénie de la faiblesse cérébrale par insuffisance visuelle est facile à comprendre; et il est regrettable que l'attention des parents, des professeurs et des pouvoirs pnblics ne soit pas plus attirée sur la nécessité d'un traitement précoce. D. A. B.

Lindemneyer. — **Mouvements palpébraux paradoxaux.** (*Ibidem*, V. B. 6.)

Les anatomistes ont beaucoup étudié les rapports des muscles palpébraux ; cependant certains mouvements associés restent d'une explication difficile. 1° Mouvements des paupières associés avec ceux du maxillaire inférieur, de la déglutition, ou du visage ; les observations sont nombreuses, on admet une assotion anormale entre les noyaux de l'oculomoteur, du trijumeau et du facial.

2° Mouvements des paupières associés avec

ceux de l'œil. Fuchs dans un travail très étendu, admet un trouble de coordination ; Friedenwald, dans les cas congénitaux, suppose des rapports anormaux entre les noyaux ou des fibres d'association anormales ; pour Parinaud, l'influx nerveux destiné au releveur paralysé passe dans le droit supérieur et produit un spasme. L. distingue les faits congénitaux et ceux de paralysie acquise : le phénomène serait central dans les premiers et périphérique dans les seconds.

3° Relèvement spontané de la paupière supérieure. Ce mouvement est rythmique et absolument involontaire. Il existe 5 observations dont les 2 premières sont de Rampoldi. On peut admettre ou une excitation périodique, ou une excitation continue avec résultat périodique. Le tonus de l'orbiculaire intervient également et sa diminution rend le soulèvement plus facile ; la lésion est sûrement périphérique ; les faits congénitaux pourraient s'expliquer par une anomalie circulatoire.

W. Reis. — **Abcès de la lame criblée dans un phlegmon orbitaire.** (*V. Graefe's Archv. f. Ophth.* LIX, 17.)

L'abcès causa directement la cécité avant que le phlegmon ne fût suffisamment développé ; les autopsies de cas semblables sont rares : ici l'infection partie de la lèvre supérieure gagna la veine frontale puis l'orbite et le sinus caverneux ; les multiples foyers viscéraux et rétiniens peuvent faire supposer que ces derniers ont causé la cécité précoce du malade, mais l'abcès de la lame criblée reste une observation unique. R. admet une embolie bactérienne avec thrombose et nécrose suppurée environnante. Dr A. B.

Addario. — **Recherches bactériologiques sur la kératite fasciculaire.** (*Archiv. d. Ottalmo.* XII, 12.)

On trouve comme dans la phlyctène et l'ulcère, des staphylocoques plus ou moins nombreux ou virulents. Ad. a aussi trouvé le bacille du xérosis ; le processus en bandelette, qui paraîtrait nécessiter un agent spécial, est donc attribuable à un microbe trouvé aussi dans d'autres affections (herpès, phlyctène). Ad. a du reste observé la transformation de la phlyctène en kératite fasciculée et en herpétique ; quand la vascularisation est abondante, le processus n'est que peu ulcérant et pas serpigineux. Dr A. B.

Percy Dunn. — **La cyclite infectieuse (dénommée ophtalmie sympathique).** (*The Lancet*, 13 août.)

Que de mots inexacts en oculistitique ! Pourquoi « blépharite ciliaire » ? Les cils peuvent-ils être indemnes dans une blépharite ? Pourquoi « lentille cristalline » ? Est-ce pour insister sur la transparence : alors comment peut-on parler de « l'extraction de la lentille cristalline » ? Pourquoi « phthisie du globe » ? Il n'y a rien là de tuberculeux, il y aurait autant de raison de parler d'appendicite du bulbe (?).

Qu'est-ce qu'une « ophtalmie » ? Enfin le terme de « sympathique » n'a, d'après l'auteur, « aucune des sympathies de la science actuelle, froide, sans compassion et sans émotion ». Il n'y a rien « de spirituel et de sentimental, de sympathique », dans une affection causée par des toxines. P. Dunn propose le nom de « cyclite infectieuse ». L'affection devient d'ailleurs plus rare en même temps que l'asepsie est plus répandue. P. D. admet l'infection par le traumatisme ou avant la cicatrisation. L'agent microbien n'a pu être isolé à cause de l'insuffisance de nos méthodes; le sac conjonctival est pour les microbes un tel milieu qu'il faut s'étonner de la fréquence restreinte de l'affection.

Dr A. B.

S. Snell. — **Epidémie d'ophtalmie aiguë** (*Ibid.*)

Le Dr Peck, d'une commune rurale de Chesterfield, informa S. S. qu'une épidémie oculaire sévissait à Staveley (12.000 habitants). Depuis 3 mois, 200 personnes avaient été atteintes, généralement les enfants et la mère, sans compter les maîtres d'école. Il s'agissait de conjonctivite à bacille de Wecks sans lésion cornéenne. S. S. en un jour put en observer 68 cas. L'infection par les cuvettes ou les linges de toilette fut éliminée de l'étiologie pour les garçons ; l'école ne possédant pas de lavabo d'accès facile : la clef étant dans la poche du maître. Des mesures de désinfection et

d'isolement : lavage sous le robinet et non dans des cuvettes, etc..., eurent vite fait disparaître l'épidémie : 3 cas seulement apparurent après la visite de S. Snell.

NETTLESHIP. — **Rétinite rénale du jeune âge et fréquence de la néphrite interstitielle juvénile dans les deux sexes** (*Ryo. Lond. Ophth. Hosp. Rep.* XVI, 1.)

L'importance pronostique de la rétinite rénale est aussi grave chez le jeune que chez l'adulte. Les cas de néphrite interstitielle sont plus fréquents chez la femme parmi les jeunes sujets. Est-ce dû à la forme particulière de la scarlatine, ou à la fréquence plus grande des survies d'hérédo-spécifiques ? Cette dernière cause paraît produire 31 sur 45 cas de néphrite interstitielle de l'enfant.

NETTLESHIP. — **Pronostic et valeur diagnostique de la rétinite dans le diabète.** (*Ibid.*)

Dans un précédent article, l'auteur s'est élevé contre l'idée de la mort rapide dans le diabète avec rétinite. D'après 48 cas qu'il a pu connaitre, 60 0/0 ont survécu plus de 2 ans ; 20 0/0 seulement sont morts dans l'année. La rétinite diabétique paraît être une affection locale, tandis que dans l'albuminurie elle est liée et parallèle à la maladie générale. De plus le diabète cause des rétinites dans des cas absolument dépourvus d'albumine.

Dr A. B.

TREACHER COLLINS. — **Chancre de la conjonctive et kératite interstitielle du même œil.** (*Ibid.*)

A deux ans d'intervalle, T. C. put observer sur le même sujet ces deux affections. Le fait est rare par la fréquence faible de l'accident primaire et surtout de l'accident tertiaire oculaire. La proximité du premier semble avoir prédisposé au second.

Dr A. B.

HERBERT PARSONS. — **Innervation de la pupille.** (*Ibid.*)

Dans un article très documenté sur les travaux antérieurs et contenant la bibliographie complète de la question, l'auteur passe en revue toutes les données sur le mécanisme et l'innervation de la constriction et de la dilatation pupillaires, les voies afférentes et efférentes, les réactions paradoxales, les centres. Il ajoute quelques expériences sur le chat, le chien et le singe, la section préalable du sympathique diminue, sans le supprimer, l'effet de l'excitation des centres. La section de la IIIe paire, intracranienne, supprime toute réaction, la section du corps calleux ne change rien. L'excitation de la couronne rayonnante et de la capsule interne, en avant et en arrière, produit une dilatation latérale, la partie postérieure donna une fois un myosis accentué avec convergence. Le cortex semble pouvoir inhiber les centres oculo-moteurs inférieurs. L'auteur décrit les fibres reliant le cortex antérienr et les tubercules quadrijumeaux. Les fibres venues des lobes occipitaux ne peuvent être suivies jusqu'au bout. L'excitation des centres visuels produit une sensation visuelle qui excite l'attention et provoque des mouvements appropriés de la tête et des yeux.

Dr A. B.

GRUENNIG. **Traitement de diverses formes de ptoses par résection partielle du tarse.** (*New-York Eye and Ear Infirm. Rep.* janvier 1904.)

Le procédé de Gillet de Grandmont sans résection musculaire : tel est le procédé de l'auteur. Le lambeau tarsien comprend toute l'épaisseur du cartilage et mesure suivant les cas jusqu'à 7 mm. au ventre. La suture, pour obtenir un affrontement exact est nouée, dans l'espace intermarginal. L'auteur présente un cas opéré avec succès, après résection de 4 mm. de tarse.

D. A. B.

SEL DE HUNT

Hyperchlorhydrie, Dyspepsies, Gastralgies

DÉPOT CENTRAL

ECHANTILLONS à MM. les DOCTEURS

A. BRUNOT, pharmacien,

10, rue de Chaillot, PARIS.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.